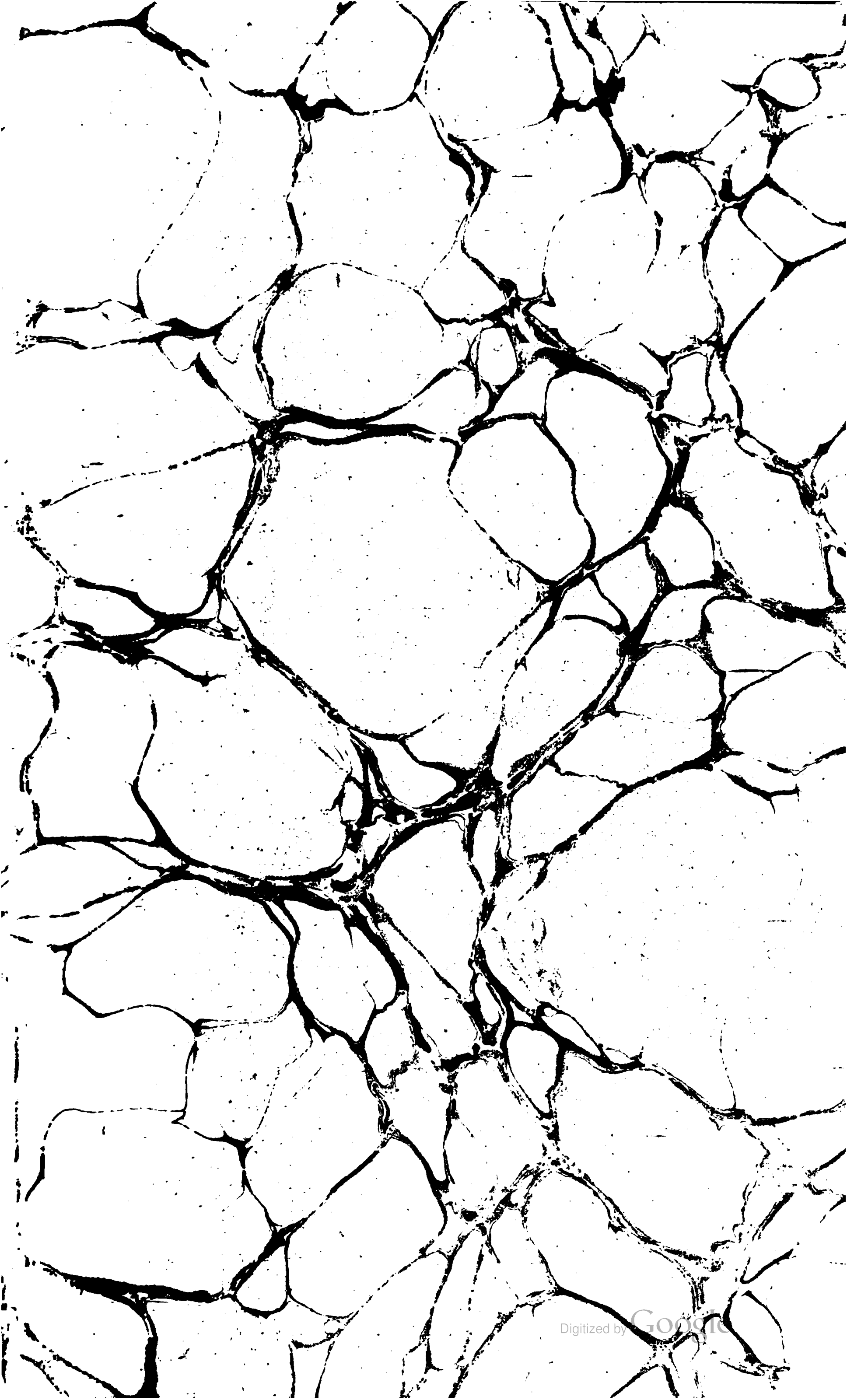




SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1896

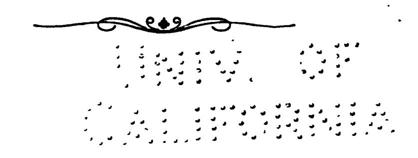
PAR

BOURNEVILLE

Avec la collaboration de

MM. METTETAL, NOIR (J.), REGNAULT, RELLAY
VAQUEZ ET BOYER (J.)

Volume XVII
Avec 41 figures dans le texte et 9 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, Rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard Saint-Germain, 108.

1897

PREMIÈRE PARTIE.

Histoire du Service pendant l'année 1896.

(Bicêtre et Fondation Vallée).





PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre.**

Histoire du Service pendant l'année 1896.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Les enfants de la 4e section du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes : 1° Les enfants *idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES ; — 2° les *enfants idiots gâteux* ou *non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

I. *Enfants idiots gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets,* ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement, mais à tort, comme tout à fait incurables. En effet, la plupart d'entre eux sont susceptibles d'amélioration, même à un degré très

notable. On leur apprend à se tenir debout à l'aide de *barres parallèles* (1), à marcher soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du *chariot*; on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour et à plusieurs reprises toutes les articulations (*exercices des jointures*), en leur faisant des *frictions* stimulantes, etc... En 1896, 3 enfants ont appris à marcher (2) ; 4 ont été rendus propres (3) ; 6 ont appris à manger seuls (4). Dès qu'un enfant marche sans aide, il est envoyé à la petite école, d'abord le matin, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux que nous avons décrits, à l'usage des gâteux.

La seconde catégorie comprend les idiots absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les épileptiques devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et devraient former un groupe spécial. Aussi essayons-nous de faire aménager pour eux l'un des sous-sols encore disponibles où ils seront réunis et surveillés durant le jour. Cette installation, qui est en train depuis deux ans et ne s'achève pas, nous servira également pour d'autres enfants, qui nous arrivent *tardivement*, à 14, 15, 16 ans, dont l'incurabilité est reconnue et que nous sommes obligé, aujourd'hui, de maintenir dans les écoles où ils sont une occasion de trouble et qu'ils contribuent à encombrer sans aucun bénéfice pour eux.

II. *Enfants idiots*, *gâteux* ou *non gâteux*, *épileptiques* ou *non* mais VALIDES (*Petite école*). — Ces

---

(1) Voir *Compte-rendu* de 1887, *fig.* 1, p. II.
(2) Krièg.., Baud.., Math...
(3) Jacg.., Guy.., Pell.., Ott...
(4) Boull.., Tabour.., Jeg.., Bertr.., Ca.., Peto...

enfants fréquentent la petite école confiée exclusivement à des femmes. Dans le courant de l'année, 231 y ont été inscrits. Sur ce nombre 2 sont décédés, 8 sont sortis définitivement, 20 sont passés à la grande école, 4 ont été envoyés dans les sections affectées aux adultes et 5 ont été transférés.

Sur 180 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1896, 16 ne mangent pas seuls, 64 se servent de la cuiller, 60 de la cuiller et de la fourchette, 40 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 7 enfants gâteux, de ce groupe, sont devenus propres (1). Dix enfants ont appris à manger seuls (2). Tous les enfants sont exercés à la gymnastique Pichery, sauf ceux qui, venus du groupe des invalides étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part.

Vingt enfants de la petite école et de la petite école complémentaire ont fait régulièrement les exercices de la grande gymnastique. — 20 enfants ont travaillé cette année dans les différents ateliers : tailleurs, cordonniers, vanniers, menuisiers.

La *petite école* comprend : 1° le *traitement du gâtisme* qui consiste à placer, après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance que nous avons décrits dans l'un de nos *Compte-rendus* précédents (3), les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains et à s'habiller ; — 3° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens* et de la *parole* ; — 4° les *leçons de petite gymnastique* ; — 6° les exercices élémentaires relatifs à l'*enseignement primaire* dont nous avons si souvent parlé dans nos *Comptes-rendus* de 1880 à 1895.

Petite école complémentaire. — Elle est confiée à

---

(1) Hoquign.., Penau.., Verg.., Will.., Yvon.., Mar... (Gaston), Hoube...

(2) Vat.., Leq ., Decult.., Schneid.., Gagn.., Baud.., Mass.., Desbar.., Dupon.., Richa...

(3) Le matin, au lever, le soir, au coucher, les enfants gâteux sont placés sur les sièges installés pour ce but dans leurs dortoirs.

une femme dévouée, Mme BONNET, qui s'est mise généreusement à notre disposition. Elle est aidée par une première infirmière, Mme CORDONNIER, qui a également la surveillance de l'un des dortoirs où couchent les enfants de cette école. Aux 40 enfants qui y étaient présents le 1er janvier 1896, nous en avons ajouté 10 autres au mois de novembre, ce qui porte à cinquante le nombre des enfants présents à cette école. Mme Bonnet a, en outre, pour surveiller les enfants deux infirmières et deux jeunes malades arriérées de la Fondation Vallée, Briss... et Pechen... dont elle améliore d'ailleurs l'instruction.

Trois enfants ont été *rendus propres*:

1° G'se.. (René), pris à son arrivée très gâteux et jouant avec ses excréments, est tout à fait propre aujourd'hui et sait exprimer ses besoins; cet enfant qui ne comprenait pas un mot, qui ne semblait ni voir, ni entendre, comprend et dit presque tout.

2° Sélèg... (Armand), qui urinait fréquemment dans son pantalon, ne se salit plus du tout. Cet enfant qui n'avait aucune notion classique, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne savait même pas tenir un crayon, commence à écrire, même à assembler quelques lettres, à syllaber et à compter. La mémoire et l'attention, qui semblaient nulles, se sont sensiblement développées dans ces derniers mois.

3° Thiri... (Jules), dont l'intelligence était absolument fermée, qui se balançait continuellement d'avant en arrière, qui, toujours, était solitaire, se renfermant dans un *mutisme volontaire* dès qu'on s'occupait de lui, qui, de plus, était très gâteux, est arrivé à aller de lui-même au siège lorsqu'il en éprouve le besoin. Il communique un peu avec ses camarades et répond assez souvent aux questions que lui adresse son institutrice.

Sept enfants ont été améliorés pour la *parole* :

1° Laur... (Marcel) qui, il y a 4 ans, disait avec peine : papa, maman, bobo, prononce maintenant à peu près tous

les mots, néanmoins l'articulation est encore défectueuse; cet enfant est resté longtemps écholalique, ce qui n'existe plus aujourd'hui. Il était également atteint de turbulence, aujourd'hui il se tient assez tranquille en classe, fait des bâtons sur l'ardoise, connaît les couleurs, les surfaces, compte jusqu'à 10, lace, boutonne, s'habille et se déshabille seul.

2° Sterling... (Paul), atteint d'idiotie avec turbulence, n'a plus sa monomanie de fugues. Quant à la parole, son vocabulaire, qui était très-restreint, augmente chaque jour.

3° Guim.... (Henri), pris à son arrivée, était sujet à de violents accès de colère. En n'employant avec cet enfant que la patience et la douceur, on est arrivé à supprimer presque complètement ces accès; il est assidu en classe, assez docile, montre beaucoup de bonne volonté, mais comme il est très-mal doué, les progrès sont lents. La parole surtout s'est modifiée, grâce à de nombreux exercices d'articulation.

4° Bobliq... (Maurice), demi-sourd, pris à son arrivée, il y a 4 ans, n'entendait que les sons, ne comprenait le sens d'aucun mot; aujourd'hui il peut converser avec tout le monde, lit sur les lèvres et l'audition semble avoir beaucoup gagné. Il fait la dictée avec ses camarades, apprend des leçons, fait des rédactions, des problèmes. L'articulation devient chaque jour meilleure. Il va à l'atelier de menuiserie où il apporte beaucoup de goût et d'adresse.

5° Thier... (Paul), sourd-muet, renvoyé de l'école d'Asnières, possède un vocabulaire de cent-vingts mots, fait de petites dictées sur les lèvres, l'addition, la soustraction.

6° et 7° Cam.... et Lem.... (G.) qui, il y a trois ans, ne prononçaient aucun mot, continuent à s'améliorer d'une façon remarquable.

Cinq enfants ont appris à *lire couramment* :

1° Bel... (Charles), atteint d'instabilité mentale avec perversion des instincts.

2° Derep... (Louis), atteint d'arriération intellectuelle. — 3° Cuizin... (Pierre) atteint également d'arriération intellectuelle. Ces trois enfants lisent couramment, font des dictées, des exercices, et les deux premières opérations.

4° Prim... (Frédéric). Cet enfant dont on avait constaté l'intelligence paresseuse, l'esprit obtus, qui ne paraissait songer qu'à boire, manger et dormir, a réalisé de sensibles progrès, tant au point de vue du développement que du caractère et de l'intelligence. Il ne dort plus jamais dans la journée ; il fait maintenant de longues promenades sans se plaindre de la fatigue, et prend part aux jeux de ses camarades ; il est aussi moins sensible au froid, mange avec appétit, mais n'a plus cette voracité, qui forçait à le surveiller constamment sous peine d'indigestion. Le caractère est plus ouvert, plus gai, moins colère. Il lit couramment, fait de petites dictées, se rend bien compte des quantités représentées par les chiffres, écoute avec attention les leçons orales et répond bien aux questions.

5° Jes... (Édouard), qui n'avait rien appris jusqu'en juin 1895, époque à laquelle il fut confié à Mme Bonnet, lit aujourd'hui couramment, a quelques notions de grammaire et de géographie, compte jusqu'à 50 (esprit très fermé pour le calcul). Il travaille avec goût, tandis qu'autrefois il pleurait dès qu'on entrait en classe. Cet enfant a besoin d'être toujours encouragé : au moindre signe d'impatience, à la plus légère remontrance, il ne comprend rien et ne sait plus rien faire.

Chez tous les élèves de cette école signalés l'année dernière comme lisant couramment, l'intelligence continue à s'éveiller sensiblement. En même temps on a pu faire germer chez certains d'entre eux quelques notions de morale. Actuellement il y a dans la classe de Mme Bonnet, douze enfants, qui, pris à leur début, ne savaient absolument rien et qui maintenant font tous les devoirs donnés journellement dans les écoles d'enfants normaux, c'est donc surtout par eux qu'il est possible de montrer aux plus sceptiques la possibilité de transformer intellectuellement des enfants réputés idiots. Ces résultats sont dus au dévouement et aux aptitudes éducatrices de Mmes Bonnet et Cordonnier. Toutes deux, dans le cours de l'année, ont préparé courageusement les matières du programme du brevet de capacité et ont subi les examens avec succès. Elles ont donné là un bel exemple. Puisse-t-il avoir des imitateurs et des imitatrices !

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE). — La population de cette école était de 214 enfants au premier janvier. Tous, sauf 10 qui ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. 18, ayant le certificat d'études, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi-journée par semaine et restent à l'atelier toute la journée. Les autres enfants sont répartis en quatre classes (76, 44, 36, 40 enfants).

Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif le 4 avril, deux enfants de Bicêtre (Gom... et Rat ..) ont subi les épreuves avec succès (1).

Cette année encore, nos instituteurs et leurs aides, ainsi que des sous-employées attachées aux écoles, afin d'être mieux en mesure d'améliorer la prononciation des enfants et de développer leur parole, ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine, à l'*Institution nationale des sourds-muets*. Nous profitons de l'occasion pour remercier M. Debas, directeur, et M. Dubranle, censeur, du concours qu'ils veulent bien nous prêter chaque année.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. Sutter depuis le 1er janvier 1895. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants. Il a réparti ceux de la petite école et de la petite école complémentaire en deux sections et ceux de la grande école en trois sections. Aucun d'eux ne savait lire la musique et ne possédait de notions sur la théorie musicale, sauf une demi-douzaine d'enfants appartenant à la fanfare. Presque tous les enfants savent, aujourd'hui, lire eux-mêmes les notes, en connaissent la valeur, et possèdent les

(1) Au même examen 3 infirmières et 24 infirmiers de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre ont également obtenu le certificat d'études.



notions élémentaires de la théorie de la musique. Quand les enfants sont suffisamment avancés pour bien lire un morceau de chant et l'apprendre avec fruit, on leur fait chanter des chœurs à deux, puis à trois parties.

En maintes circonstances, nous avons réuni les petites filles de la Fondation Vallée avec les garcons de Bicêtre et nous les avons fait chanter ensemble dans les chœurs. Tous les six mois nous faisons relever l'étendue et le timbre de la *voix* des enfants. Ce travail nous fournira, croyons-nous, des renseignements intéressants sur la *mue* de la *voix* au moment de la *puberté*. Ces recherches avaient déjà permis de constater, l'an dernier, que chez les épileptiques, qui sont dans leurs périodes d'accès, le timbre de la voix devient moins clair et moins sonore et que son étendue diminue parfois très notablement. La pratique de l'an 1896 a confirmé ses constatations et fait voir aussi que, à la suite des *pratiques solitaires*, la voix est également modifiée. Le nombre des enfants qui participaient à l'enseignement du chant était de 274 à la fin de 1895 et de 385 à la fin de l'année 1896.

Escrime. — Cet exercice s'est fait régulièrement sous la direction de M. Loiseau, prévôt, jusqu'au 29 octobre, époque à laquelle ce militaire a dû, pour raison de libération, céder sa place à son collègue, M. Joly, qui s'en est acquitté consciencieusement jusqu'à la fin de l'année.

Danse. — Les exercices de danse *se font régulièrement*, mais *toujours* sans direction sérieuse. Nous n'avons cessé de réclamer un nouveau maître depuis plus de deux ans.

INSTINCTS GÉNÉSIQUES; ONANISME; PERVERSIONS SEXUELLES : HYGIÈNE ET ÉDUCATION. — Parmi les perversions des instincts, il en est qui n'ont aucun reten-

tissement fâcheux sur l'organisme en général. Il n'en est pas ainsi des perversions de l'*instinct sexuel*. Elles se rencontrent sous toutes les formes chez les enfants des services spéciaux, chez les filles aussi bien que chez les garçons. RIEN N'EST INCONNU pour un certain nombre d'entre eux. De là, la nécessité d'examiner ces enfants de la façon la plus complète. Car si la connaissance d'habitudes vicieuses a une grande importance au point de vue de la santé physique et justifie déjà pleinement l'examen complet de ces enfants, la connaissance des troubles physiques engendrés par l'onanisme solitaire ou à deux, par des rapports contre nature, etc., fournit des indications précieuses au point de vue de l'état moral des enfants, et conduit à prescrire une surveillance toute particulière, à employer à l'occasion des moyens mécaniques, à ordonner certains médicaments ou à pratiquer certaines opérations.

L'onanisme chez les idiots pourrait fournir matière à un volume. Nous nous bornerons à quelques considérations générales que nous ferons suivre d'un rapide exposé des moyens qui peuvent contribuer à combattre, à atténuer *ou à faire disparaître cette funeste habitude.*

On observe l'onanisme même dès les premiers mois de la vie. Il est souvent provoqué par des irritations locales, par le décubitus abdominal, la réplétion de la vessie qui peut déterminer un certain degré d'éréthisme, par la constriction des vêtements ; plus tard par des vulvites, des balanites, de l'eczéma, des adhérences du prépuce au gland, etc... Tout d'abord l'enfant porte inconsciemment la main à la vulve ou à la verge, éprouve du fait de cet attouchement occasionnel une sensation agréable et se trouve ainsi amené à recommencer. L'onanisme devient alors une habitude chez des enfants qui sont d'ailleurs sains.

Chez d'autres, cette habitude peut être entretenue

et aggravée par un état nerveux congénital, ou être acquis à la suite de convulsions ; alors il faut non-seulement traiter l'onanisme proprement dit, mais la maladie nerveuse qui l'entretient.

« On a exagéré les suites de l'onanisme, dit M. Christian, principalement en ce qui concerne les adolescents et les adultes (1). » Toutefois notre conviction en ce qui touche les enfants, est que son action nocive est incontestable. « Ce qui est réel, ajoute l'auteur précité, c'est l'influence exercée par certains états pathologiques du cerveau. L'onanisme est commun chez les idiots, chez les imbéciles, chez les crétins, chez les épileptiques. Beaucoup de ces infirmes ne doivent être sequestrés qu'à cause de leur salacité. J'ai eu dans mon service, à Maréville, un jeune idiot de seize ans, qui s'était rendu coupable de nombreux attentats à la pudeur et qui se masturbait avec fureur ; il avait un pénis énorme ».

L'onanisme chez des enfants sains, qu'il soit déterminé par des irritations locales, comme nous l'avons dit, ou enseigné, s'il est répété et se perpétue, peut amener un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles et morales et aboutir à l'imbécillité, même à l'idiotie. Tel était le cas d'un enfant nommé Dupo.. que nous avons eu l'occasion d'observer pendant plusieurs années, et qui rappelait dans ses grands traits le *Charlot* de Bonnetain. Il peut aussi, soit qu'il y ait ou non état héréditaire, déterminer dans certains cas l'épilepsie.

L'onanisme chez les idiots et les imbéciles ou chez les enfants atteints d'imbécillité morale, aggrave la maladie d'une façon sérieuse.

Ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Christian, c'est l'épuisement nerveux qui joue le rôle

(1) Christian. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article *onanisme*.



principal. « L'enfant, en effet, n'a pas de sperme et cependant c'est chez lui que l'onanisme est le plus désastreux, et d'autant plus désastreux que l'enfant est plus jeune. C'est dans la première enfance que l'onanisme mérite tous les anathèmes dont on l'a chargé, c'est alors qu'il compromet directement la santé, l'intelligence et la vie. Les tout jeunes enfants s'étiolent, pâlissent, deviennent stupides, engourdis, quand ils ont cette fatale habitude. Le danger vient principalement de ce que l'organisme n'a pas encore atteint le développement nécessaire pour l'exercice de la fonction génitale. »

L'onanisme étant une entrave puissante aux bons résultats qu'on peut attendre du *traitement médico-pédagogique* des enfants idiots et imbéciles, médecins, instituteurs, institutrices, infirmiers et infirmières doivent prescrire ou prendre toutes les mesures nécessaires pour les en guérir. Dans les familles on ne saurait faire de recommandations trop pressantes aux parents.

Il faut occuper sans cesse l'enfant, *ne le laisser jamais sans surveillance*, le *faire accompagner aux cabinets*, le faire coucher sur le dos ou sur le côté, de préférence sur le côté droit, assurer la régularité des garde-robes, voir si elles renferment ou non des vers ; donner aux enfants des pantalons larges, sans poches, varier les exercices scolaires, de façon à ce que les enfants ne restent pas trop longtemps assis, *tenir les organes génitaux dans un état constant et parfait de propreté* ; remédier aux défauts de conformation des organes génitaux, pratiquer la circoncision chez les enfants atteints de phimosis, etc. On peut recourir aussi, pour la nuit, à l'usage du manchon, d'une chemise longue se fermant au-delà des pieds, de caleçons à ouverture placée en arrière et boutonnée (1).

(1) Il faudra aussi se méfier de certains exercices de gymnastique, tels que



On a conseillé aussi l'application d'un certain nombre d'appareils mécaniques dont l'utilité paraît fort douteuse en tout cas et qui présentent à nos yeux le grand inconvénient de faire diminuer la surveillance par suite de l'excessive confiance qu'on a en eux. On a prescrit encore un certain nombre de médicaments : onctions d'huile camphrée ou opiacée sur le pubis, le périnée, la partie inférieure de la colonne vertébrale ; des anaphrodisiaques, camphre, lupulin, extrait de nénuphar, bromures alcalins, bromure de camphre, etc.

Quand il s'agit d'enfants adolescents devenus pubères, il faut recourir aux grands moyens, user encore plus chez eux què chez les précédents de la persuasion, leur faire voir, si l'occasion s'en présente, les enfants devenus malades à la suite de l'onanisme.

Ceux qui se sont occupés de l'éducation d'une façon générale, ou en particulier de l'éducation des enfants idiots, imbéciles et arriérés, se sont tous trouvés très embarrassés en ce qui concerne les conseils à donner lorsque l'enfant est devenu un adolescent vigoureux.

Pour ce qui est des enfants ordinaires nous nous bornerons à quelques citations de J. J. Rousseau : « Si les fureurs d'un tempérament ardent deviennent invincibles, mon cher Emile, je te plains ; mais je ne balancerai pas un moment, je ne souffrirai pas que la fin de la nature soit éludée. »

« S'il faut qu'un tyran te subjugue je te livre par préférence à celui dont je peux te délivrer quoiqu'il arrive ; je t'arracherai plus aisément aux femmes qu'à toi. »

« Quand la faiblesse humaine rend une alternative inévitable, des deux maux préférons le moindre ; en tout état de cause, il vaut mieux commettre une faute que de contracter un vice (1) ».

---

la perche, la corde lisse et empêcher les enfants, surtout les filles, de se mettre à cheval sur les genoux des personnes.

(1) Le Dr P. Garnier dans son livre sur l'*Onanisme* (p. 189 et 190) dit que l'on doit prescrire le mariage aux jeunes filles atteintes de cette terrible manie,

En ce qui concerne les enfants arriérés, Itard a eu des scrupules, il a hésité devant le *Sauvage de l'Aveyron* et il n'a pas osé donner à son élève la satisfaction du besoin sexuel, de peur de provoquer de cyniques manifestations. « Dans le cas de manie solitaire déclarée, on ne saurait, dit Séguin (1), être blâmé d'avoir essayé d'un dérivatif plus moral et moins dangereux... mais faisant la part du feu, qu'on n'oublie jamais que c'est un feu qui consume et qu'il faut la lui faire la plus petite possible. » Dans son *Rapport sur l'éducation* à propos de l'Exposition de Vienne de 1877, Séguin revient encore sur cette question délicate: *Conduite à tenir de la part du médecin et de l'éducateur vis-à-vis d'un adolescent en plein développement,* et tout en inclinant vers la solution physiologique, il se tient sur la réserve et ne précise pas davantage; nous l'imiterons.

Société de gymnastique. — Cette société continue à fonctionner comme l'année précédente sous la direction de M. Grandvilliers. — Les enfants faisant partie de la société, au nombre de 35, ont fait une promenade à Robinson. Ils ont pris part, en outre, sous la direction de leur maître dévoué, M. Goy, à deux concours de gymnastique. Au premier de ces concours, organisé par la ville de Vitry, ils ont remporté deux prix : le premier pour les mouvements individuels, qui consiste en un magnifique volume offert par M. le Préfet de la Seine, au non du Conseil général et ayant pour titre : « *Le Louvre et son histoire* » ; le second pour les mouvements d'ensemble et qui consiste en une belle coupe offerte par notre ami, M. Alexandre Lefèvre, sénateur de la Seine (2 août). Au deuxième

encore faut-il être prudent, car il peut être inefficace, sinon meurtrier, chez les filles faibles, délicates, énervées, anémiées. Le commerce sexuel est aussi prescrit aux jeunes gens; mais il faut y regarder à deux fois avec les jeunes gens faibles, timides, efféminés et souvent anaphrodites.

(1) *Traitement et hygiène des idiots*, p. 314.

concours, organisé à Villejuif, les enfants ont remporté un prix d'honneur offert par le Conseil général, consistant en un diplôme et une médaille en argent doré grand module.

Fanfare. — La fanfare a été placée sous la direction de M. Sutter, professeur de chant. Elle se compose de 14 enfants. Elle a prêté son concours à la distribution des prix aux enfants incurables de l'hospice d'Ivry (25 juillet), à la distribution des prix de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre (7 juillet), à celle de l'École d'infirmières de la Salpêtrière (28 juillet). Elle a également accompagné la Société de gymnastique aux concours de Vitry et de Gentilly.

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux séances de projections, aux leçons de choses, aux lectures récréatives. Il s'est notablement enrichi tant au point de vue de sa bibliothèque qu'au point de vues des figures pour projection.

La librairie Hachette a fait don à la *Bibliothèque* de 20 volumes du *Journal de la jeunesse*, l'Administration a acheté 40 nouveaux volumes de voyages et de sciences.

Le 1er janvier le nombre des vues pour projection était de 483, à la fin de l'année ce chiffre était porté à 632, soit une augmentation de 117 sur l'année dernière et se répartissant ainsi : 12 vues représentant les parasites de l'homme, 6 vues représentant le four crématoire sous différents aspects, 12 vues représentant les premières syllabes des tableaux que nous avons faits avec M. Boyer pour l'enseignement de la parole ; 8 vues représentant les *figures géométriques* ; 14 les *machines à vapeur* et 6 les funérailles chez les différents peuples. En janvier le musée scolaire recevait le modèle d'un navire, pourvu de tous ses organes, construit et donné par un administré et sus-

ceptible de servir à donner des explications très claires aux enfants (*Leçons de choses*).

Société des jeux. — Les recettes de la Société des jeux se sont élevées pour l'année 1896, à la somme de 131 fr. 05 et les dépenses à celle de 104 fr. 65, l'excédent des recettes est de 26 fr. 40. La société a fait l'achat de 9 nouveaux costumes pour les déguisements du Mardi-Gras et de la Mi-Carême.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée à l'un des instituteurs, M. Mesnard. Les recettes ont été pour cette année de 218 fr. 80. 52 enfants ont versé pendant l'année. Le nombre des nouveaux livrets retirés est de 23, qui, ajoutés aux 98 retirés pendant les années antérieures, forment un total de 121 livrets. Les sommes recueillies depuis 1892 s'élèvent à 1.110 fr. 05.

Promenades et distractions. — Les enfants de la grande et de la petite école qui sont propres ont continué à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs. Dans ces promenades les instituteurs et les institutrices DOIVENT donner des *leçons de choses* et exercer les enfants aux *jeux de balle* et de *ballons*. Voici l'énumération des différents endroits où ils ont allés en promenade cette année : Arcueil, Avenue de Choisy, Bois de Gournay, Cachan, Créteil, Fête de la Place d'Italie, Fête du Lion de Belfort, Foire aux pains d'épices, Fort de Bicêtre, Gentilly, Gare Montparnasse, Jardin des Plantes, Jardin du Luxembourg, Jardin d'Acclimatation (1), Lion de Belfort, Manufacture des Gobelins, Musée de Cluny, Montrouge, Parc de Montsouris, Place de la Salpêtrière, Place de l'Hôtel de Ville, Place de la Nation, Porte d'Orléans,

(1) Nous profitons de l'occasion pour remercier très-vivement la Direction du Jardin d'Acclimatation qui veut bien, chaque année, sur notre demande, autoriser nos enfants et les petites filles de la Salpêtrière, à visiter ce bel établissement.

Robinson, Route de l'Hay, Square Cluny, Saint-Mandé, Villejuif, Vitry, etc....

Les *distractions* ont été nombreuses. A noter la distribution de jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration; les déguisements du Mardi-Gras et de la Mi-Carême ; une matinée par les artistes de la Gaîté-Montparnasse ; une séance de marionnettes, continuée par une représentation dramatique, plusieurs représentations gratuites dans divers cirques installés à la Foire au pain d'épices, à la Fête du Lion de Belfort et sur l'Avenue de Bicêtre. Les jardiniers sont allés à l'Exposition de chrysanthèmes et à l'Exposition d'horticulture. Les imprimeurs sont allés à l'Exposition de lithographie ; ils ont visité aussi dans tous ses détails l'École Estienne dont le directeur, M. FRAYSSINET, a bien voulu leur expliquer le fonctionnement.

Visites. — Les enfants ont reçu 10.459 visites; les visiteurs ont été au nombre de 16.614. Voici la statistique des permissions de sortie et des congés :

Permissions de sortie :	1 jour.......	69
— —	2 jours......	63
Congés :	3 jours..................	73
—	4 jours..................	91
—	5 jours..................	167
—	8 jours..................	71
—	15 jours..................	11
—	30 jours..................	»
	Total...........	545

Nous ne pouvons, à l'occasion des visites et des congés, que répéter ce que nous avons dit déjà bien des fois : « Ces sorties, ces congés, qui n'offrent aucun inconvénient et qui font réaliser des économies notables, nous fournissent un excellent moyen de maintenir la discipline et d'encourager les enfants.

Elles rendent le séjour à l'asile plus supportable, et contribuent à maintenir les liens entre les familles et leurs enfants ».

Vaccinations et revaccinations. — Elles ont été au nombre de 50 cette année, 10 en mars, 20 en juin et 30 en octobre. Comme d'habitude, elles ont été pratiquées sous notre direction et celle de nos internes par les élèves de l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre. 14 infirmiers ou infirmières ont été revaccinés.

Service dentaire. — M. le Dr BOUVET a continué à venir chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche et à relever chaque année les modifications survenues dans la *dentition des enfants*. Nous n'avons eu qu'à nous féliciter de son service.

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré d'Yvon, du bromure de camphre du Dr Clin, plus actif et plus absorbable que les autres préparations similaires qui nous ont été fournies par l'Administration, et des médicaments antiscrofuleux, ont continué, comme par le passé, à être la base du traitement en 1896. — Il a été donné dans le cours de l'année 22.049 bains ainsi répartis :

Bains simples	17.750
— salés	3.433
— d'amidon	446
— alcalins	405
— de son	14
Total	22.048

Bains de pieds aux enfants	11.500
Douches aux enfants	95.736
— externes	1681

Nous avons eu recours aussi à la *médication thyroïdienne* sur un plus grand nombre de malades que par le passé. On trouvera l'exposé des principaux résultats dans la DEUXIÈME PARTIE de ce *Compte-rendu.*

Améliorations diverses. — Le traitement de M. Mesnard, premier instituteur chargé de la direction et de la surveillance générale des quatre classes au point de vue de l'enseignement, est porté de 2.100 fr. à 2.400 fr. — Pour la petite école nous avons fait faire un *tableau* divisé en *deux carrés* peints en *rouge* et *jaune* destinés à l'éducation de la vue, à fixer l'attention des idiots les plus malades, ce qui est plus facile que le tableau qui renferme toutes les couleurs et qui égare l'œil de cette catégorie d'enfants, au lieu de le fixer; de plus avec ce tableau ils acquièrent la notion de ces deux couleurs. — Nous avons réclamé : 1° l'installation d'un moteur à gaz pour les enfants; — 2° le prolongement du gymnase; — 3° la construction d'un préau couvert pour la petite école; — 4° la reconstruction du parloir des familles.

Visites du service. — La section a été visitée en 1896 par le Dr Athanassio (Alexandre), ancien interne des hôpitaux (Bukarest); Dr Arnaud (de Beauvoisin); Me Byasson; Dr Bierens de Haan, médecin de l'Université d'Utrecht (Pays-Bas); Dr Czarnostow (de Varsovie); M. Carriot, directeur de l'enseignement primaire de Paris et de la Seine; le professeur Cornil; Dr Chyzer (Corneille), conseiller ministériel, chef de la section sanitaire au ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie Hongroise des Sciences (Budapest); M. Doat (J.); Dr Guédevansl; Dr Guédevanoff (A.) (St.-Pétersbourg); Dr Giovanni Spingazzini; Jorge Vines; Dr Kœnig; Dr Luhrmann (F.), médecin à l'asile d'aliénés de Dresden; Lone John; Lebègue (E.), chef d'institution; Loys, chirurgien; Laporte,

médecin-aide-major ; May, chef de bureau à la direction de l'enseignement ; Dr Mitafsis (T.), ancien interne de l'asile d'Athènes ; Mazerolle (Louis), ingénieur des ponts et chaussées ; Niedermann ; Me Négroscoul (Marie) ; Dr Pornain ; Dr Planat (Xavier) (de Nice) ; Dr Pirato ; Dr Régnault ; Rivière, interne des hôpitaux de Paris ; le professeur Régnard (P.) ; Dr Régis (de Bordeaux) ; Refortmatski (N. N.), médecin directeur de l'hôpital des aliénés de Novosnamensk (Saint-Pétersbourg) ; Me Solovieff (Mélanie), docteur en médecine (de Saint-Pétersbourg) ; Dr Séglas ; Dr Sans Fritz ; Dr de Tornery, ex-interne des hôpitaux de Paris ; Dr Varriest, professeur à l'Université de Louvain ; Vervenne ; — De même que les années précédentes, la Commission de surveillance des asiles de la Seine (2 juin) et la Commission d'Assistance publique du Conseil général (22 décembre) ont visité le service.

Musée pathologique. — Le musée s'est enrichi notablement en 1896 ainsi que le montre le tableau suivant :

	1885	1886	1887	1888	1889	1890	8911	1892	1893	1894	1895	1896
Bustes et plâtres.....	100	136	161	180	206	231	251	277	297	317	343	378
Plâtres divers	18	24	24	28	30	33	33	33	33	34	34	34
Squelettes entiers ...	«	«	«	«	5	11	11	17	27	38	39	41
— de tête ...	17	22	25	38	45	58	62	72	80	103	115	132
Calottes crâniennes.	100	123	156	177	190	209	222	248	268	288	308	340
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes)...	101	126	162	188	310	335	353	381	401	419	444	477

Nous avons continué, comme les années précédentes à reprendre dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés il y a cinq ans, les crânes et les squelettes entiers, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités.

C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887. Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations*, reliées chaque année, qui forment actuellement 24 volumes; les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880; les *photographies des cerveaux* qui composent aujourd'hui 7 volumineux *albums*. — Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons dressé, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée.

Toutes les richesses scientifiques, laborieusement rassemblées dans le *Musée*, ont failli être détruites par un incendie occasionné par l'imprudence d'un administré chargé du chauffage du calorifère. Le feu a été communiqué au parquet par l'intermédiaire d'une bouche de chaleur. Le surveillant, M. Malençon, prévenu qu'une fumée épaisse s'échappait du laboratoire situé à l'extrémité du Musée, courut se rendre compte de l'accident. En ouvrant la porte du Musée il fut suffoqué par la fumée, faillit perdre connaissance, mais eut l'heureuse idée de se coucher sur le parquet et d'aller en rampant ouvrir une fenêtre. Aussitôt il jeta quelques seaux d'eau et obstrua la conduite de gaz. Grâce à son activité et au sang-froid dont il a fait preuve dans cette circonstance, le feu a été circonscrit, le musée et les 24 volumes d'observations relatives aux pièces du Musée ont été sauvés. Nous n'avons perdu que des volumes imprimés, une collection de photographies de microcéphales, des notes, des imprimés divers et malheureusement une des plus belles observations de l'année relative à un malade du nom de Delab... atteint d'idiotie et d'épilepsie d'origine traumatique, avec méningo-encéphalite et sclérose consécutives.

Nous espérons que, à l'occasion, l'Administration

voudra bien tenir compte à M. Malençon du service qu'il a rendu dans cette circonstance.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1896, comme les années précédentes, par MM. LEROY pour la *menuiserie* (1882-1896), ALLÈNE pour la *couture* (1883-1896), DUMOULIN pour la *cordonnerie* (1888-1896), MORIN pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage* des chaises (1889-1896), MERCIER pour la *brosserie* (1888-1896), MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie* (1889-1896), G. GAIE pour la *serrurerie* (1895-1896). M. MESNARD a remplacé pour le *jardinage*, l'ancien jardinier le 1er mars 1896.

De même aussi que les années précédentes, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer.

Le tableau ci-après met en évidence les résultats obtenus en 1895 par nos chefs d'atelier (p. XXIV).

Les travaux du *jardinage* seul ne sont pas évalués. Il est en effet assez difficile de faire une estimation précise. Pourtant nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir une approximation.

Les sept maitres — non compris le jardinier dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50. Cette somme étant

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1890 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1890 Valeur de la main-d'œuvre	1891 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1891 Valeur de la main-d'œuvre	1892 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1892 Valeur de la main-d'œuvre	1893 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1893 Valeur de la main-d'œuvre	1894 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1894 Valeur de la main-d'œuvre	1895 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1895 Valeur de la main-d'œuvre	1896 Nombre d'apprentis au 31 décembre	1896 Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie...	16 sept. 1883	21	6343 »	24	5853 50	22	5386 35	20	5030 60	18	4254 60	19	5108 40	24	5008 60
Serrurerie....	16 janv. 1884	11	3416 »	11	4123 »	14	4152 »	15	3709 »	14	2934 »	12	3987 »	12	4079 50
Vannerie.....	20 oct. 1884	12	3020 10	19	3426 60	22	3159 45	21	2515 25	19	2488 65	17	2253 25	13	2121 70
Rempaillage .	16 janv. 1885	14	394 50	10	571 »	10	733 50	9	500 75	7	336 75	6	255 20	4	230 05
Couture	8 oct. 1883	61	6859 50	94	6800 45	64	5942 50	57	6148 35	51	5323 85	54	4489 90	52	5441 55
Cordonnerie ..	8 oct. 1883	38	2963 25	13	3119 »	38	3568 75	52	3821 50	41	3376 50	34	4062 25	32	4032 25
Brosserie	26 nov. 1888	9	3882 50	7	3884 20	9	4388 80	11	6096 80	13	4510 »	14	6407 50	8	4357 10
Imprimerie ..	8 juin 1889	13	3054 05	14	3985 »	13	6911 »	13	5844 »	10	4264 »	12	5430 »	10	4802 »
	Totaux....	187	29932 90	162	31762 75	192	34242 35	198	33666 25	175	27588 50	167	31997 10	159	30072 75

ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué	ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué
1884........................	91	13.775 »	1887........................	197	31.102 30
1885........................	107	16.074 »	1888........................	184	51.253 70
1886........................	159	17.876 »	1889........................	187	21.752 20

déduite de celle du travail des enfants (30.072 fr. 75), il reste un bénéfice de 13.465 fr. (1). Le travail des enfants couvre donc : 1° la dépense occasionnée par le salaire de leurs maitres ; — 2° l'intérêt à 4 % — taux au-dessus du cours actuel — du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 fr.) et, de plus, il y a un bénéfice de 5.000 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants (2).

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit aux aliénés adultes, soit aux incurables trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance.

Bien des fois, dans nos *Compte-rendus* annuels, nous avons rappelé nos réclamations auprès de l'Administration afin qu'elle récompense nos chefs d'ateliers en les admettant à jouir de la *pension de repos* qu'elle accorde aux *agents du personnel secondaire* (3). On a invoqué contre notre demande les règlements de l'Administration de l'Assistance publique qui refusent au personnel *payé au mois et non logé*, aux ouvriers à la journée, l'admission à la pension de repos, accordée à tous les agents du personnel secon-

(1) L'évaluation est faite non par nous, qui sommes incompétent, mais par l'inspecteur du service d'architecture, M. Delahaye, et par M. Bru, économe

(2) Voir nos Comptes-rendus précédents et entre autres, 1892, p. XXI et XXII ; — 1893, p. XXI ; — 1894, p. XIX ; — 1895, p. XXV.

(3) Lorque nous avons établi le programme de la construction de nos ateliers nous avions prévu au second étage des logements pour les chefs d'atelier. Ultérieurement, nous appuyant sur les inconvénients qui résultent dans les établissements hospitaliers du logement d un grand nombre de personnes dont la présence n'est pas indispensable, nous avons demandé que les chefs d'atelier fussent logés au dehors où ils sont plus libres. Nous ne pensions pas qu'on en tirerait argument contre eux pour leur refuser la pension de repos.

daire (surveillants, infirmiers, etc.) Nous avions beau demander que cet avantage ne fut donné qu'au bout de dix ans, à titre de récompense, nous n'aboutissions à aucune solution. A la visite de la Commission du Conseil général en octobre 1895, nous souvenant que les agents dits du service professionnel, et entre autres les chefs d'atelier, étaient dans la plupart des asiles de la Seine dans les mêmes conditions que les chefs des ateliers des enfants, c'est-à-dire payés à la fin du mois et logés au dehors et que néanmoins, *ils avaient droit à la pension de repos*, nous avons fait valoir cette similitude de situation, insistant en outre sur ce fait que notre service faisait partie non de l'hospice affecté aux vieillards et aux infirmes, mais du quartier consacré aux aliénés, en d'autres termes d'un véritable asile. Ces nouveaux arguments, joints aux anciens, ont apporté la conviction dans l'esprit de quelques-uns des membres de la Commission. L'un d'eux, M. Ernest Moreau, a déposé au Conseil général, avec l'appui de ses amis, la proposition suivante le 5 novembre 1895 :

Messieurs,

« L'hospice de Bicêtre possède un quartier d'asile et compte à la section des enfants des chefs d'atelier, dont la situation est inférieure à celles de leurs collègues des autres asiles de la Seine. Leur salaire est moindre et ils n'ont droit à aucune indemnité et à aucune pension de retraite. Cette situation nous paraît anormale. En conséquence, j'ai l'honneur de déposer sur le bureau du Conseil, au nom de plusieurs de mes collègues, la proposition suivante :

« Le Conseil général, délibère :

« Les chefs d'atelier de la section des enfants de Bicêtre sont assimilés au point de vue du traitement et de la retraite à leurs collègues des asiles de la Seine.

Signé : Ernest Moreau, Landrin, Cornet, Chausse, Georges Girou, Picau, Attout-Tailfer, Reulos, Alfred Moreau, Paul Brousse, Champoudry, Louis Lucipia.

M. E. Moreau a demandé le renvoi à la 3e Commis-

sion qui a été prononcé. Celle-ci a renvoyé l'examen de cette proposition à la 5e Commission du Conseil municipal. Celle-ci a chargé M. Navarre de rapporter cette affaire au Conseil municipal, ce qu'il a fait dans la séance du 3 avril 1896. Voici l'extrait du *Bulletin municipal officiel* du samedi 4 avril, qui nous intéresse :

M. NAVARRE au nom de le 5e Commission. — Nous avons été saisis d'une demande d'assimilation des chefs d'atelier de Bicêtre aux surveillants de 1re classede l'Assistance publique. La 5e Commission vous propose d'accueillir favorablement cette demande; en conséquence, elle vous prie de vouloir bien adopter le projet de délibération suivant : — le Conseil délibère :

« ARTICLE PREMIER. — Les chefs d'atelier de Bicêtre recevront, après 25 années de services dans cet établissement, l'indemnité représentative de repos alloués aux surveillants de 1re classe de l'Assistance publique.

« ART. 2. — Pour les agents ne comptant pas 25 années de services, une indemnité proportionnelle, en cas d'infirmités, pourra être accordée, après dix ans d'exercice. Après six ans d'exercice, les chefs d'atelier seront admis à faire compter leurs services non déjà rémunérés par une pension de retraite ou par une allocation représentative quelconque, à la préfecture ou dans l'armée. »

Le Conseil ayant adopté les conclusions du rapporteur, la délibération a été transmise à l'Administration de l'Assistance publique. M. Peyron l'a soumise à son Conseil de surveillance qui a chargé une commission, composée de MM. Baudin, Mourier et Risler de l'examiner et de la rapporter. L'affaire a été discutée dans la séance du 18 mars. Nous reproduisons le passage du procès-verbal qui y est relatif.

M. RISLER, rapporteur, expose que, en dehors du personnel hospitalier réparti par des grades et auquel l'arrête du 12 février 1845 accorde le bénéfice de l'admission au repos, l'Administration emploie un certain nombre d'agents qui composent le personnel professionnel et qui, rétribués à la la journée, n'ont droit à aucune retraite.

Toutefois, une exception a été faite en faveur d'une certaine catégorie de ces agents, qui, en raison de la nature de leurs fonctions et de la stabilité dont ils font preuve, méritaient cette faveur, C'est ainsi que le personnel professionnel de la Boulangerie centrale bénéficie depuis longtemps de l'admission au repos.

Le même avantage est réclamé aujourd'hui par certains ouvriers à la journée de l'hospice de Bicêtre qui, sous le nom de chefs d'atelier, ont à diriger, les uns, au quartier d'hospice, le travail d'autres ouvriers et d'un certain nombre de pensionnaires; les autres, au quartier des enfants, l'apprentissage et le travail des enfants arriérés ou épileptiques.

Ce personnel est stable : il s'acquitte avec beaucoup de soin et de patience des fonctions qui lui incombent et que rendent d'autant plus difficiles et même pénibles les ménagements à garder à l'égard des administrés adultes ou des enfants arriérés placés sous sa direction, M. le Rapporteur estime donc qu'il faut encourager les chefs d'atelier de Bicêtre, et les attacher à leur fonction par l'espoir d'une retraite qu'ils auront certainement bien gagnée.

Mais, ce principe une fois admis, il parait nécessaire de faire quelques réserves en ce qui concerne son application. En effet, l'arrêté du 12 février 1845, cité plus haut et qui est toujours en vigueur en ce qui concerne les conditions générales d'admission au repos des sous-employés, dispose :

1° Que la pension entière ne sera attribuée qu'aux agents comptant au moins trente ans de service (et 60 ans d'âge sauf le cas d'infirmités) ;

2° Que la pension proportionnelle de repos ne pourra être accordée qu'après un minimum de 15 ans de services;

En outre, aucune décision n'autorise l'Administration à faire compter, pour la retraite des sous-employés et serviteurs, ni le temps passé sous les drapeaux, ni celui passé au service des asiles de la Seine.

Enfin, l'arrêté du 29 mai 1891, qui réglemente les conditions d'admission au repos du personnel de la boulangerie, qui se trouvait dans une situation analogue à celle des chefs d'atelier de Bicêtre, n'accorde qu'aux agents à l'année le bénéfice du repos de 1re classe (rang des surveillants). Les agents à la journée bénéficient seulement du repos de 2e classe (rang des sous-surveillants), et les hommes de peine de celui de 3e classe (rang des serviteurs).

Or, dans sa séance du 3 avril dernier, le conseil municipal a pris une délibération qui assimile les chefs de l'atelier de

l'hospice de Bicêtre aux surveillants des asiles d'aliénés, en ce qui concerne l'admission au repos.

Les conditions faites par les asiles de la Seine à leur personnel secondaire sont plus avantageuses que celles en vigueur pour le personnel de l'Assistance. Ces conditions, d'ailleurs rappelées dans la délibération sus-visée, sont les suivantes : Pension entière après 25 ans ne services sans condition d'âge (au lieu de 30 ans de service et 50 ans d'âge à l'Assistance publique) ; Pension proportionnelle après 10 ans de service (au lieu de 15 ans) ; Admission, comme valables pour la retraite, des services militaires (cette condition n'existe pas pour les employés de l'Assistance publique).

Enfin, la délibération du Conseil municipal attribue aux chefs d'atelier le repos de 1re classe, alors que les brigadiers de four de la Boulangerie centrale, dont le salaire est cependant supérieur à celui des chefs d'atelier, n'ont droit qu'au repos de 2e classe, et elle fait entrer, dans le décompte des années valables pour le repos, le temps passé dans les asiles du département, ce que n'autorise pas le règlement actuellement en vigueur pour les pensions de repos de nos sous-employés. Dans ces conditions, il paraît bien diffiile de créer, pour les seuls chefs d'atelier de Bicêtre, qui ne sont au nombre que de 22, une catégorie spéciale et avantagée de reposants.

M. LE DIRECTEUR propose, pour le moment, d'accorder simplement à ces agents le bénéfice du repos de 2e classe, tel qu'il est accordé actuellement aux agents de l'Assistance publique. Il est bien difficile de prévoir, même approximativement, quelles pourront être les conséquences financières de cette mesure. Actuellement un seul titulaire se trouverait dans les conditions réglementaires pour bénéficier du repos, et ce n'est que dans plusieurs années que quelques autres agents y pourraient faire valoir leurs droits ; d'autre part, la moitié de ce personnel compte à peine quelques années de services ; dans ces conditions, la dépense très minime pendant une dizaine d'années, ne pourra guère, par la suite, dépasser une somme maxima d'environ 5.000 francs.

M. LE RAPPORTEUR demande au Couseil d'adopter les propositions de l'Administration tendant à accorder aux chefs d'atelier de Bicêtre le bénéfice du repos de deuxième classe (rang de sous-surveillant.)

Le Conseil a émis un avis favorable. Dans quelques jours, un arrêté sera pris par M. Peyron et soumis à

l'approbation préfectorale. Nous sommes heureux que notre persistance ait enfin sa récompense, tout en regrettant que l'assimilation de nos chefs d'ateliers ait été faite seulement avec les sous-surveillants et non avec les surveillants comme le demandait, et c'était juste, la délibération du Conseil municipal.

III.

STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1896, il restait dans le service 519 enfants (1) : 494 idiots, imbéciles ou épileptiques, dits

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.					TOTAL DES SORTIES.
			sur demande.	par transfert.	par évasion.	par passage aux adultes.	par passage aux vieillards.	
Janvier.......	5	5	1	»	»	»	»	11
Février......	5	1	4	»	»	»	1	11
Mars.........	5	2	2	»	»	»	»	9
Avril.........	12	2	2	»	»	»	1	17
Mai..........	7	1	6	»	»	»	»	14
Juin..........	11	»	8	10	»	6	1	36
Juillet........	10	7	»	22	»	»	»	39
Août.........	9	1	12	1	»	»	»	23
Septembre...	5	»	4	1	»	»	»	10
Octobre......	7	»	»	»	»	2	»	9
Novembre....	10	»	6	2	»	8	»	26
Décembre....	6	8	»	1	»	»	»	15
Totaux......	92	27	45	37	»	16	3	220

(1) C'est-à-dire 119 de trop, puisque la section a été conçue pour 400 enfants.

aliénés et 25 réputés *non aliénés*. On sait qu'il s'agit là d'une distinction purement administrative et qu'il est difficile de justifier médicalement. Sur ce nombre 5 sont atteints de *surdi-mutité*, 8 de *cécité*, 16 de *rumination*, 21 de *syndactylie* complète ou partielle ; 1 d'*hémimélie*; 93 sont gâteux, 81 *hémiplégiques*, 54 *baveux*, 45 *onycophages*, 4 *déchireurs d'ongles*.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 27. Le tableau ci-après fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades (p. XXXII).

Sorties. — Des 64 malades sortis de la section, 16 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes de la division des aliénés ; 3 ont été admis comme incurables dans l'une des sections de l'hospice ; 45 ont été rendus à leur famille, guéris ou améliorés ou sur la demande de celles-ci. Le tableau des pages XXXIII et suivantes indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints ces malades sortants.

Évasions. — Une seule évasion s'est produite dans le courant de l'année : celle de l'enfant Simon... qui a été ramené, par un infirmier envoyé à sa recherche, 8 heures après son départ.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Dumor........	14 ans.	Méningo-encéphalite. Épilepsie ; hémiplégie gauche..	3 janvier.
Ada...........	14 ans.	Idiotie complète ; entérite chronique ; syphilis.	4 janvier.
Champci	16 ans 1/2	Idiotie ; méningo-encéphalite.	5 janvier.
Thom	20 ans.	Épilepsie.	6 janvier.
Le Borg.......	18 ans.	Épilepsie ; idiotie.	22 janvier.
Debiè	16 ans.	Épilepsie idiopathique.	20 février.
Poirs	4 ans.	Épilepsie ; idiotie.	20 mars.
Han	11 ans 1/2	Hydrocéphalie.	22 mars.
Zwicq.........	10 ans.	Idiotie.	3 avril.
Harra.........	8 ans.	Épilepsie ; perforation crânienne.	6 avril.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Congestion pulmonaire.	Arrêt de développement de l'hémisphère droit. Méningite chronique. — Petits foyers de méningo-encéphalite. — Corps thyroïde très développé.
Cachexie progressive	Opposition à l'autopsie.
Albuminurie ; congestion pulmonaire.	*Rein unique à droite.* — Petits foyers de méningo-encéphalite. — (V. *Compte-rendu* de 1895, p. 147.)
Accès d'épilepsie.	Légère congestion du foie. — Rétrécissement du trou occipital. — Adhérences de la dure-mère à la pie-mère et de la dure-mère au crâne. — Asymétrie de la base du crâne. — Epaississement de la pie-mère qui présente quelques petites excroissances.
Pneumonie. Albuminurie ;	Sclérose cérébrale atrophique. — Aspect kystique des circonvolutions sclérosées.
État de mal épileptique ; tuberculose pulmonaire.	Fortes adhérences de la dure-mère au crâne. — Quelques plaques ecchymotiques. — Aspect chagriné. — Taches saumonées. — Capsules surrénales supplémentaires. Tuberculose pulmonaire.
Congestion pulmonaire ; entérite.	Méningite chronique. — Adhérences de la dure-mère au crâne. — Ventricules latéraux dilatés.
Scarlatine maligne.	Dilatation considérable des ventricules latéraux ; 930 gr. de liquide céphalo-rachidien. Rein gauche bilobé.
Congestion pulmonaire.	Méningite chronique généralisée. Taches ecchymotiques à la partie antérieure du bulbe.
Hémorrhagie méningée.	Perforation crânienne avec adhérences du périoste extra-cranien à la dure-mère ; au niveau de la *perforation cranienne* le cerveau présente une perte de substance (un centimètre en profondeur) du même côté : dilatation ventriculaire et adhérences pie-mériennes. — Insuffisance mitrale. — Persistance du thymus.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Urba..........	13 ans 1/2	Épilepsie.	28 mai.
Delab.........	15 ans.	Idiotie et épilepsie d'origine probablement traumatique.	2 juillet.
Lefranç.......	14 ans.	Imbécillité.	9 juillet.
Caï...........	9 ans.	Idiotie et épilepsie.	14 juillet.
Mami.........	21 ans.	Imbécillité. — Paraplégie spasmodique (maladie de Little.)	22 juillet.
Péro..........	2 ans.	Idiotie et épilepsie.	25 juillet.
Lecach........	4 ans.	Idiotie.	13 juillet.
Raff...........	13 ans.	Idiotie d'origine traumatique.	28 juillet.
Mathi.........	22 ans.	Idiotie consécutive à des convulsions à 15 jours. Diplégie spasmodique. (M. de Little.)	12 août.
Avrillergr.....	11 ans.	Idiotie hydrocéphalique.	2 décembre.

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
État de mal épileptique.	Adhérences de la dure-mère au crâne. — Coloration chair de saumon des circonvolutions. — Pie-mère ecchymotique.
Congestion pulmonaire.	Méningo-encéphalite. — Epaississement de la dure-mère. Congestion pulmonaire.
Pleurésie purulente.	Adhérences de la dure-mère à l'endocrâne et de la dure-mère à la pie-mère ; quelques adhérences de la pie-mère à l'écorce cérébrale sur les deux hémisphères. — Pleurésie purulente à gauche. — Hypertrophie du foie. (1400 gr.)
Angine diphtérique au 5e jour d'une scarlatine.	Atrophie croisée des hémisphères cérébraux et cérébelleux. Sclérose atrophique du lobe quadrilatère et du coin. — Méningo-encéphalite.
Infection streptococcique. ?	Adhérences médullaires rendant l'enlèvement de la moelle impossible. — Ramollissement de certaines circonvolutions.
Gastro-entérite.	Méningo-encéphalite localisée. — Sclérose cérébrale atrophique occupant la pointe des lobes occipitaux. — Reins lobulés et de volume différent. — Tuberculose et emphysème pulmonaires.
Adénopathie trachéo-bronchique. Broncho-pneumonie tuberculeuse. Inflammation des ganglions mésentériques.	Méningo-encéphalite. — Broncho-pneumonie tuberculeuse.
Méningite tuberculeuse.	Tuberculose pulmonaire rénale et intestinale. Méningite tubercul^se. Hydrocl^ie symptomatiq.
Tuberculose pulmonaire.	Epaississement chronique de la pie-mère de la convexité. — Atrophie du corps thyroïde.
Cachexie.	Dilatation considérable des ventricules latéraux peu en rapport avec le liquide céphalo-rachidien recueilli, (20 gr.) Adhérences en paquet de la dure-mère à la pie-mère. Adhérences de la pie-mère. — Inégalité de poids des hémisphères. — Testicules en ectopie.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Caro	9 ans.	Épilepsie.	6 décembre.
Maff	18 ans.	Épilepsie ; cyphose rachitique.	13 décemb.
Nar.	11 ans.	Démence, épilepsie et hémiplégie consécutives à l'alcoolisme.	14 décemb.
Ficho	4 ans.	Idiotie.	18 décemb.
Blanch	4 ans.	Idiotie. Cécité.	20 décemb.
Doiste	21 ans.	Épilepsie.	24 décemb.
Thèr	5 ans.	Idiotie.	10 décemb.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 37 : 15 à Ville-Évrard, 20 à Villejuif, 1 à Moulins, 1 au Mans. Les transferts, hors des asiles de la Seine, constituent une mesure indigne d'un pays civilisé, quand ils s'appliquent à des *enfants* dont les parents habitent Paris. Comme ils sont nés dans les départements, ils y ont leur domicile de secours. Les demandes des préfets ont été beaucoup plus nombreuses, mais 4 familles ont préféré reprendre leurs enfants que de les laisser partir loin d'elles, et par conséquent, être mises dans l'impossibilité de les visiter et de soulager leur infortune. La mesure prise, sur notre propositition, par le Conseil général de la Seine et qui consiste à recevoir dans les asiles de la Seine, et à les y maintenir, les enfants *nés* dans les autres départements, lorsque leurs parents sont domiciliés à Paris ou dans une commune de la Seine *depuis trois ans*, tout en ne réclamant aux départements d'origine — c'est-à-dire où les enfants

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
État de mal épileptique.	Légères adhérences de la dure-mère à la pie-mère. Granulations de Pacchioni hypertrophiées. Méningo-encéphalite disséminée sur les deux hémisphères. — Tuberculose pulmonaire.
Accès d'épilepsie.	Aspect chagriné des circonvolutions. — Hypertrophie du cœur.
Gangréne pulmonaire.	Sclérose atrophique cérébrale. — Pachyméningite et méningo-encéphalite. — Gangrène pulmonaire. (Voir p.).
Rougeole maligne.	Méningo-encéphalite légère. — Emphysème pulmonaire.
Broncho-pneumonie.	Méningo-encéphalite. Rate atrophiée.
État de mal épileptique.	Adhérences pie-mériennes disséminées. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.
Embolie.	Adhérences de la dure-mère au crâne. — Rien à l'œil nu dans les centres nerveux. — Insuffisance mitrale. Endocardite, hypertrophie du ventricule gauche.

ont leur domicile de secours — que le prix de journée payé par ces départements dans leurs propres asiles, n'est pas acceptée par la plupart des préfets. La mesure si humaine, si généreuse du Conseil général de la Seine envers ces enfants et leurs familles laissent nos préfets trop souvent indifférents. On le comprend d'autant moins que le maintien dans les asiles de la Seine de cette catégorie d'enfants n'entraîne, nous le répétons, aucun surcroît de dépenses pour les départements qu'ils administrent.

Population au 31 *décembre* 1896. — Il y avait à cette époque dans le service 483 enfants se décomposant ainsi : 458 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques,* dits *aliénés* et 25 réputés *non aliénés.* Sur ce nombre 3 sont atteints de *surdi-mutité*, 7 de *cécité*, 28 de *rumination,* 9 de *maladie de Little*, 54 sont *hémiplégiques*, 62 *baveux*, 42 *onychophages*, 5 *déchireurs d'ongles*.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Lelo........	19 ans.	Vannier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sur la demande de sa famille le 9 janvier ; notablement amélioré.
Blais.......	9 ans.	—	Imbécillité.	Sorti sur la demande de ses parents, 6 jours après son entrée, le 20 février.
Dutert......	15 ans.	Brossier	Épilepsie.	Sorti étant en congé d'essai, le 27 février ; amélioré.
Hérer......	7 ans.	—	Imbécillité.	Sorti sur la demande de sa mère, le 28 février ; même état.
Dioch......	16 ans.	Menuisier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti sur la demande de sa mère, le 28 février ; amélioration légère.
Vite........	21 ans.	Vannier	Sclérose en plaques. — Imbécillité.	Passé aux vieillards, le 28 février ; notablement amélioré au point de vue intellectuel.
Fauc.......	16 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 6 mars ; amélioration.
Soqu.......	15 ans.	Jardinier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Rendu à sa famille en congé d'essai et défalqué aprés un an de résultats satisfaisants.

Fourr......	20 ans.	Tailleur	Imbécillité. — Maladie de Little.	Passé aux vieillards le 3 avril. Amélioration.
Luc........	6 ans.	—	Épilepsie.	Réclamé par sa famille quittant Paris, le 9 avril ; même état.
Mar........	15 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Réclamé par sa mère à qui on réclame le payement le 29 avril ; même état.
Krais.......	12 ans.	—	Instabilité mentale.	Sorti sur la demande de ses parents, le 7 mai ; amélioration notable.
Leclè.......	17 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 7 mai : même état.
Jobl........	17 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 7 mai ; amélioration légère.
Dubo.......	17 ans.	Menuisier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Rendu à sa mère le 12 mai ; amélioration.
Boud.......	15 ans.	Menuisier	Imbécillité.	Rendu à sa mère le 12 mai ; amélioration légère.
Boo........	16 ans.	—	Idiotie légère.	Rendu à sa mère sur sa demande, le 18 mai ; amélioré.
Haina......	14 ans.	Tailleur.	Imbécillité prononcée.	Rendu à sa famille ; légèrement amélioré, le 29 mai.
Grene......	17 ans.	Cordonnier.	Imbécillité.	Placé après amélioration par l'orphelinat de la bijouterie, le 4 juin.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Legu.......	18 ans.	—	Idiotie complète; épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard, le 5 juin.
Angea......	18 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Rendu à sa famille après congé d'essai le 6 juin.
Bissso......	20 ans.	Cordonnier	Imbécillité ; maladie du Morvan.	Passé aux vieillards le 6 juin. Notablement amélioré.
Ott.........	17 ans.	—	Idiotie ; épilepsie ; cécité.	Transféré en Belgique le 17 juin.
Rocha......	17 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Sorti sur sa demande le 12 juin.
Poins.......	19 ans.	—	Idiotie.	Passé à la 5e 2e (adultes) le 23 juin.
Roche......	19 ans.	—	Imbécillité ; athétose double.	Passé à la 5e 2e (adultes) le 23 juin.
Geoff.......	20 ans.	—	Épilepsie ; démence.	Passé à la 5e 3e (adultes) le 23 juin.
Gagne......	20 ans 1/2	—	Épilepsie.	Passé à la 5e 3e (adultes) le 23 juin.
Rouss......	14 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille après 15 jours de présence ; même état.
Pari........	8 ans.	—	Épilesie.	Rendu à sa famille le 27 juin ; même état.

Caille......	19 ans.	—	Épilepsie.	Passé à la 5° 3e (adultes) le 2 juillet.
Barthèle....	13 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille après congé d'essai le 5 juillet. Amélioration.
Ada........	14 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille ; même état, le 15 juillet (9 jours après son entrée.)
Ruc........	18 ans.	Imprimeur	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e le 22 juillet ; même état.
Merm......	19 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Thom......	20 ans.	—	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Niéth.......	19 ans.	—	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Pia.........	20 ans.	Rempailleur	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Long.......	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Math.......	20 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Hérin......	18 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Gonr.......	20 ans.	Brossier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Dufa.......	21 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Bouven.....	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Annic......	19 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Bourd......	19 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Beno.......	19 ans.	—	Èpilepsie.	Transféré à Ville-Évrard le 25 juillet.
Dupr.......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
De Los Ri..	19 ans.	Vannier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Gui	20 ans.	—	Idiotie	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Duremberg.	18 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Momo......	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Morea......	19 ans.	Brossier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Heurteb....	18 ans.	Serrurier	Imbécillité. Adénopathie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Boyav......	18 ans.	Tailleur	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Le Bourh...	19 ans.	Vannier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Corbea.....	19 ans.	—	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Lemaî......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré 3 Villejuif le 27 juillet.
Lafo........	18 ans.	Jardinier	Idiotie.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.

Levé.......	18 ans.	Brossier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Voya.......	18 ans.	Tailleur	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Jouen......	19 ans.	Jardinier	Imbécillité d'origine méningitique.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Mique......	18 ans.	Brossier	Imbécillité avec perversion des instincts.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Stourm.....	18 ans.	Vannier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif le 27 juillet.
Caussan....	14 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Sorti sur la demande de son père, après congé d'essai le 18 août.
Rich.......	18 ans.	Imprimeur	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti sur la demande de son père, le 18 août ; est notablement amélioré.
Tern.......	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Défalqué après un congé d'essai de 18 mois, satisfaisant, le 18 août. amélioré.
Perr........	20 ans.	Jardinier	Imbécillité ; Bestialité.	Sorti pour faire son service militaire, le 18 août, est notablement amélioré.
Goui.......	16 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 18 août ; est amélioré.
Carbonn....	11 ans.	—	Épilepsie. Idiotie.	Rendu à sa famille qui ne l'a pas ramené de congé, le 18 août ; même état.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Meyni......	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille qui s'opppose au transfert le 20 août.
Pasqui.....	13 ans.	—	Idiotie.	Sorti définitivement après congé le 23 août; amélioration.
Van den P..	17 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Randu à sa famille un mois après son entrée; amélioration légère, le 23 août.
Dubo.......	17 ans.	Menuisier	Imbécillité avec perversion des instincts.	Rendu à sa mère après congé d'essai d'un an, le 23 août; amélioration.
Dubr.......	14 ans.	Tailleur	Imbécillité.	Rendu à sa mère après congé d'essai satisfaisant, le 23 août. Amélioration.
Carti...(E.).	18 ans.	Tailleur	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti pour s'engager dans l'armée le 23 août; amélioration.
Bellang....	17 ans.	Serrurier	Instabilité mentale avec perversion des instincts.	Transféré au Mans le 27 août; court séjour à Bicêtre; même état.
Carti...(L.).	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 8 septembre; même état.

Berth......	19 ans.	Serrurier	Imbécillité.	Sorti pour s'engager dans l'armée, le 15 septembre ; amélioration.
Touze......	8 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 20 septembre ; même état (court séjour).
Couve......	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 28 septembre ; même état (court séjour).
Loya.......	7 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille après 15 jours de présence, le 29 septembre ; même état.
Goujo......	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e, le 1er octobre.
Mangi......	18 ans.	Cordonnier	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e, le 1er octobre.
Saulni......	18 ans.	Menuisier	Épilepsie.	Sorti sur la demande de sa mère, le 6 octobre ; amélioration de l'épilepsie.
Autere.....	14 ans.	Tailleur	Imbécillité.	Sorti, légèrement amélioré, le 6 novembre.
Charti......	18 ans.	Jardinier	Imbécillité.	Transféré à Villejuif, le 7 novembre.
Bore.......	12 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa mère qui le réclame le 15 novembre, après congé d'essai ; amélioration.
Gautro.....	20 ans.	—	Idiotie.	Passé aux adultes 5e 1e, le 19 novemb.
Gauth......	19 ans.	—	Idiotie.	Passé aux adultes 5e 1e, le 19 novemb.

NOMS.	AGE.	PROFESSION.	MALADIE.	CAUSE DE LA SORTIE.
Terell......	19 ans.	Tailleur	Idiotie; hémiplégie gauche.	Passé aux adultes 5e 1e, le 19 novemb.
Caumo.....	19 ans.	—	Imbécillité.	Passé aux adultes 5e 1e, le 19 novemb.
Moquere ...	20 ans.	—	Idiotie, scaphocéphalie.	Passé aux adultes 5e 1e, le 21 novemb.
Delcamb ...	19 ans.	—	Idiotie.	Passé aux adultes 5e 1e, le 21 novemb.
Ackerm	19 ans.	—	Idiotie, maladie de Little.	Passé aux adultes 5e 1e, le 23 novemb.
Prév	18 ans.	Vannier	Imbécillité.	Passé aux adultes 5e 1e, le 23 novemb.
Grav	14 ans.	—	Imbécillité.	Rendu à sa famille après congé d'essai, le 24 novembre.
Gay	14 ans.	—	Épilepsie.	Rendu à sa famille après congé d'essai, le 26 novembre.
Caign	16 ans.	Jardinier	Imbécillité et hébéphrénie; mutisme volontaire.	Transféré à l'asile du Mans, le 27 novembre.
Winckl.....	16 ans.	Vannier	Imbécillité; instabilité mentale avec perversion des instincts.	Sorti le 28 novembre, légèrement amélioré; réintégré depuis.
Fontai......	17 ans.	—	Idiotie compléte tics multiples.	Transféré à villejuif, le 3 décembre.

Thymus et glande thyroïde. — Nos études sur l'*idiotie myxœdémateuse* nous ont conduit à reprendre, il y a sept ans, des recherches anciennes (1868) sur la *glande thyroïde*, et incidemment sur le *thymus*. Le tableau ci-après donne quelques renseignements sur ces deux organes chez nos malades décédés en 1896.

NOMS ET SEXE.		AGE	DIAGNOSTIC.	THYMUS.	GLANDE THYROÏDE.	OBSERVATIONS.
Dumor ...	garçon	14 ans	Epilepsie. Hémiplégie gauche.	6 gr.	26 gr.	Oppos. à l'autopsie.
Ada	—	14 ans	Idiotie complète..........	»	»	
Champe...	—	15 ans 1/2	Idiotie..................	10 gr.	12 gr.	
Thom.....	—	20 ans	Epilepsie................	12 gr.	16 gr.	
Le Borg...	—	18 ans	Epilepsie et idiotie......	Pas	18 gr.	
Debié.....	—	16 ans	Epilepsie idiopathique....	15 gr.	17 gr.	
Poirs......	—	4 ans	Epilepsie et idiotie.......	Pas	10 gr.	
Han.......	—	11 ans 1/2	Idiotie hydrocéphalique.....	25 gr.	10 gr.	
Inviqu.....	—	17 ans	Idiotie..................	15 gr.	8 gr.	
Harr.......	—	8 ans	Idiotie. Perforation crânienne	12 gr.	15 gr.	
Urb........	—	13 ans 1/2	Epilepsie................	Pas	10 gr.	
Delab......	—	15 ans	Idiotie et épilepsie.......	»	»	L'obs. a été brûlée.
Lefranç....	—	14 ans	Imbécillité..............	10 gr.	6 gr.	
Caï........	—	9 ans	Idiotie et épilepsie.......	6 gr.	12 gr.	
Mam.......	—	21 ans	Imbécillité..............	Pas	8 gr.	
Pér........	—	2 ans	Idiotie..................	Pas	5 gr.	
Leccah.....	—	4 ans	Idiotie..................	3 gr.	5 gr.	
Kaff.......	—	13 ans	Idiotie..................	Pas	5 gr.	
Math.......	—	22 ans	Idiotie..................	Pas	5 gr.	
Avrillerg...	—	11 ans	Idiotie. Hyprocéphalie.....	12 gr.	10 gr.	
Car........	—	9 ans	Epilepsie................	6 gr.	10 gr.	
Maffr......	—	18 ans	Epilepsie. Cyphose........	Pas	8 gr.	
Nar........	—	11 ans	Epilepsie. Hémiplégie.....	Pas	5 gr.	
Fich.......	—	4 ans	Idiotie..................	Pas	5 gr.	
Blanch.....	—	4 ans	Idiotie. Cécité...........	Pas	5 gr.	
Doist......	—	21 ans	Épilepsie................	Pas	8 gr.	
Thér.......	—	5 ans	Idiotie..................	5 gr.	4 gr.	
Aybr.......	fille	4 ans 1/2	Idiotie méningitique.......	3 gr.	10 gr.	
Maqu.......	—	4 ans	Idiotie..................	Pas	6 gr.	
Gonich.....	—	3 ans 1/2	Idiotie myxœdémateuse.....	»	»	Oppos. à l'autopsie.
Moul.......	—	7 ans	Idiotie complète..........	5 gr.	7 gr.	
Pers.......	—	4 ans	Idiotie..................	»	»	Oppos. à l'autopsie.
Pern.......	—	12 ans 1/2	Idiotie..................	Pas	5 gr.	
Rey-Pattel	—	5 ans	Idiotie..................	5 gr.	4 gr.	
Chiffi	—	5 ans	Epilepsie................	Pas	6 gr.	

Nous essaierons un jour de voir s'il y a lieu de tirer quelque conclusion des pesées du *thymus* et de la *glande thyroïde* que nous consignons tous les ans dans nos *Comptes-rendus.* Mais elles n'auront qu'une valeur relative jusqu'à ce que nous puissions les mettre en regard de pesées analogues faites chez des enfants réputés *normaux.*

Maladies infectieuses. — Nous avons eu une petite épidémie de *scarlatine* et une épidémie assez grave de *rougeole.* — L'épidémie de *scarlatine* a commencé le 7 mars et a fini le 4 septembre. Elle a porté sur 13 enfants : 9 garçons, 3 filles et une infirmière. Deux garçons ont succombé : Hann.. et Cai.. Chez celui-ci, la scarlatine s'est compliquée d'une *angine diphtéritique,* de même que chez Hoube.. qui a guéri. — L'épidémie de *rougeole* a débuté le 29 novembre, persistait à la fin de décembre et a continué en 1897 jusqu'au 20 mars. Le nombre des cas, en 1896, a été de 17 ; 11 se sont terminés par la guérison ; un a été suivi de décès (Blanch.., Henri) ; 5 enfants restaient en traitement le 31 décembre. La rougeole a été apportée par l'enfant Jég... chez lequel elle s'est montrée 12 jours après son admission. — Nous avons eu un seul cas de *coqueluche* qui s'est terminé par la guérison. Notons enfin un cas d'*angine gangréneuse* avec issue fatale.

Teigne. — Au 1er janvier 1896, il restait dans le pavillon 7 teigneuses et 9 teigneux ; à la fin de l'année ce chiffre était descendu à 6 pour les garçons et était monté à 12 pour les filles. — 7 enfants sont sortis guéris dans le courant de l'année.

Maladies intercurrentes. — Elles ont été relativement nombreuses : 9 enfants sont entrés à l'infirmerie atteints d'*état de mal épileptique*, deux ont succombé : Thom.. et Maff.. ; — *congestion pulmonaire*, 5 ;

tuberculose pulmonaire, 1 ; — *gangrène pulmonaire*, 1 ; — *pneumonie*, 1 ; — *broncho-pneumonie*, 2 ; — *pleurésie*, 1 ; — *méningite*, 1 ; — *gastro-entérite*, 1 ; — *hémorrhagie méningée*, 1 ; — *embolie*, 1 ; — *ophthalmie*, 2 ; — *ictère*, 1.

Personnel du service en 1896. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical* : deux internes titulaires, M. M. Mettetal et Luys et un interne provisoire, M. Pelisse. M. Luys a été remplacé le 1er août par M. Rellay.

2° *Service scolaire : a) grande école :* 4 instituteurs, MM. Mesnard, Landosse, Grandvilliers et Fromont ; un professeur de chant, M. Sutter ; — un professeur de gymnastique, M. Goy ; — un maître d'escrime, M. Joly et deux infirmiers tous les deux ayant le grade de 1er infirmier. — *b) Petite école :* Mlles Agnus et Bohain, surveillantes ; — Mme Beaumont, suppléante ; — deux premières infirmières : Mlles Huguet et Pacquelet et 8 infirmières de dortoir, aidant les maîtresses d'école ; en outre 4 infirmières, n'ayant pas de dortoir, sont affectées aux soins et à l'enseignement des enfants de la petite école.

3° *Enseignement professionnel :* 8 maîtres dont nous avons donné les noms plus haut (p. XXIII) ; plus deux infirmiers de garde.

4° *Service hospitalier :* il se compose de M. Malençon, sous-surveillant, remplissant les fonctions de surveillant ; de M. Acard, suppléant, faisant fonctions de sous-surveillant, de Mme Ronzier, sous-surveillante (infirmerie) ; de Mme Malençon, suppléante (bâtiment des gâteux) ; de Mme Grisard, 1ere infirmière (pavillon d'isolement) ; de Mme Gladel, suppléante de nuit ; de deux suppléants, M. Givallois (baigneur), M. Fournier, (service du gymnase), d'un infirmier attaché plus spécialement au Musée et chargé du service de distribution de la pharmacie, M. Gerder ; d'un infirmier

(portier), d'un perruquier, de 25 infirmières de jour ou de nuit, de 29 infirmiers de jour ou de nuit; total du personnel secondaire : 85.

SECTION II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1896.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Lorque la Fondation Vallée a été organisée, elle devait être pour les filles ce qu'est la Colonie de Vaucluse pour les garçons, c'est-à-dire qu'on devait en exclure les gâteuses et les épileptiques. Même, dès l'origine, il n'a pas été tenu compte de cette catégorisation. Il s'ensuit que la fondation Vallée ne correspond plus à la Colonie de Vaucluse mais au service des enfants de Bicêtre, où nous recevons toutes les catégories. De là deux groupes principaux : 1° les *enfants idiotes et gâteuses* ; 2° les *enfants propres.*

Enfants idiotes gâteuses. — Elles étaient au nombre de 50 au 1er janvier 1896 et de 56 à la fin de l'année. Elles sont installées dans le bâtiment situé à droite de la cour d'entrée dont elles occupent le rez-de-chaussée et le premier ; cette installation est des plus défectueuses. Nous dirons même que, en raison des infirmités physiques des enfants, elle est dangereuse. Le gâtisme exigeant un lavage quotidien du parquet mal jointoyé, non hourdé, du premier étage, il en résulte des infiltrations d'eau tout le long des murs. Ce n'est que grâce au zèle et au dévouement

de l'infirmière qui est chargée de ce service, M[lle] Suzanne RAYMOND, que nous avons pu atténuer les inconvénients de cette installation et obtenir chaque année quelques bons résultats au point de vue du traitement. Nous continuons à avoir recours aux moyens et aux procédés que nous avons décrits dans nos précédents rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : a) les *enfants valides* qui sont envoyées à l'école durant une partie de la journée. Bien qu'une classe leur ait été affectée spécialement, il n'en résulte pas moins des inconvénients pour les autres classes qui reçoivent des enfants propres. — *b*) Les *enfants invalides* qui séjournent dans les locaux et la cour situés entre leur pavillon et le pavillon d'infirmerie qui leur sont affectés. Chez trois d'entre elles, on a pu supprimer le gâtisme : Onégl.., Kraem.., Le Gu... Trois ont appris à manger sans aide : Borj.., Frank.., Gudef...

Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques, etc., valides. — Enseignement primaire et enseignement professionnel. — Les procédés employés sont également les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous cherchons à réaliser consiste à occuper les enfants du matin jusqu'au soir, en variant le plus possible les exercices. Les jeux même doivent contribuer à leur éducation.

Au lever, on apprend aux enfants à faire leur toilette, à faire leur lit, à nettoyer leur dortoir. — Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Sur 162 enfants présentes à la fin de l'année, 52 savent se servir de la cuiller, de la fourchette

et du couteau ; 58 de la cuiller et de la fourchette ; 30 de la cuiller seulement. 22 ne savent pas manger seules.

132 enfants ont fréquenté l'école et sont exercées à la gymnastique Pichery. 52 enfants participent aux exercices de la grande gymnastique, sous la direction de M. Goy et sous la surveillance de Mlle Langlet. M. Goy vient tous les jeudis à la Fondation.

Les *leçons de choses* sont multipliées le plus possible et ont lieu soit dans les jardins, dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos rapports de 1890 à 1895, au sujet de l'*habillement* et de l'*éducation* de la *digestion*, de la *respiration*, et de la *circulation* nous dispensent d'y revenir cette année. (Voir p. x : *Hygiène sexuelle*.)

Enseignement du dessin. — Les cours ont eu lieu deux fois par semaine régulièrement jusqu'au mois d'août sous la direction de Mme Bru, femme de l'économe de Bicêtre, puis ils ont été faits irrégulièrement en raison d'une grossesse de la maîtresse de dessin qui, d'ailleurs, fait cet enseignement à titre gracieux. Ils ont été suivis par 20 élèves divisées en deux classes.

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. Sutter, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. 70 enfants divisés en 3 séries ont suivi ces cours. Conformément à nos instructions, il s'est occupé successivement de tous les enfants, en mesure de profiter dans une mesure quelconque de son enseignement. 95 fillettes, divisées en trois séries, y ont participé. Par suite des nombreuses entrées en 1896, M. Sutter ne peut donner qu'un compte-rendu très incomplet de son cours quant aux nouvelles. Voici comment il s'exprime :

« Les anciennes élèves connaissent toutes leurs

notes et chantent dans les chœurs la première partie avec les garçons ; toutes ces jeunes filles ont une étendue de voix assez remarquable, principalement celles qui ont passé la quinzième année. J'ai remarqué, d'après mes observations périodiques, que les plus jeunes n'ont qu'une étendue de voix très restreinte, que celle-ci est généralement grave sans être fausse.

« Quant aux myxœdémateuses mises au traitement par la glande thyroïde, leur timbre de voix s'est totalement modifié et l'étendue s'est accrue progressivement (Voir p. 163 et 177). Enfin les progrès d'ensemble de l'année sont satisfaisants, les nouvelles se mettent au travail avec zèle et cherchent à suivre les anciennes dans la lecture des notes et l'accompagnement des chœurs. »

Danse. — Les exercices de danse ont lieu tous les dimanches après le parloir, sous la direction de Mlle Langlet et de ses collaboratrices.

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage ; à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Dix des moins arriérées, aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement.

Deux des enfants de la Fondation Vallée, Briss.... et Jup.... ont continué à être employées comme demi-infirmières. L'Administration leur alloue une indemnité mensuelle de 5 fr.

Les deux seuls *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. Bru, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 4.541 fr. pour l'atelier de couture, dirigé par Mme Ehrmann, et

à 624 fr. pour l'atelier de repassage, dirigé par Mme Lejeune. Total : 5.165 fr., soit 1.292 fr. de plus qu'en 1895. En plus des apprenties qui travaillent par séries régulières, 31 enfants ont travaillé une heure par jour. 14 enfants savent faire complètement les layettes ; 10 du crochet ; 6 savent marquer, 6 savent faire la tapisserie. — Le tableau suivant donne mois par mois le nombre des apprenties et l'évaluation du travail.

MOIS.	NOMBRE D'APPRENTIES.		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPASS.	COUTURE.	REPASSAGE.
			fr. c.	fr. c.
Janvier	24	24	272 75	44 75
Février	22	22	229 »	44 50
Mars	22	22	361 50	54 »
Avril	27	27	273 25	49 50
Mai	21	21	350 75	50 50
Juin	24	24	368 »	45 90
Juillet	28	28	395 »	50 65
Août	27	24	473 50	48 55
Septembre	27	24	431 75	49 75
Octobre	27	24	370 50	38 60
Novembre	27	24	457 75	71 35
Décembre	26	23	457 50	76 50
TOTAUX	......	......	4541 25	624 55
TOTAL GÉNÉRAL	......	......	5.165 80	

Visites, permissions de sortie, congés. — Les enfants ont reçu 2.643 visites. Les visiteurs ont été au nombre de 4.707. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureux enfants. Il semblerait que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour eux.

Permissions de sortie d'un jour......			14
Congés	—	de 2 jours.....	12
—	—	3 —	22
—	—	4 —	16
—	—	5 —	20
—	—	6 —	10
—	—	8 —	96
—	—	9 —	2
—	—	10 —	10
—	—	11 —	5
—	—	15 —	7
	Total..................		214

D'une façon générale — sauf quand il s'agit des *congés d'essai* à fin de sortie — nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent leurs anciennes habitudes et que, à leur retour, elles seplient moins bien à la discipline, travaillent avec moins d'ardeur; mais, en raison de l'*encombrement*, nous avons cédé aux demandes de congés de 6 à 10 ou 15 jours.

La Commission de surveillance des asiles a visité la Fondation le 2 juin. M. le D[r] Suberbie, inspecteur des enfants du premier âge, a visité cet établissement le 2 juillet; enfin la Commission du Conseil général est venue le 22 décembre. Jamais, à notre connaissance, le procureur de la République n'a visité la Fondation Vallée. Et c'est ainsi, qu'on obéit aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés!

Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 40 dont deux avec succès.

Bains et hydrothérapie. — Nous avons eu recours, dans une large mesure, aux bains et aux douches, comme d'habitude. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre

section de Bicêtre. — Nous veillons le plus possible à l'*hygiène sexuelle* et pour les petites gâteuses et pour les petites filles pubères. — Les enfants ont pris généralement leurs douches à la Fondation. — Quant aux bains, l'installation de la Fondation n'ayant pu fonctionner une partie de l'année, nous avons dû nous servir des bains de Bicêtre. — Les *bains de pieds* ont été donnés également à Bicêtre où il existe, nous tenons à le rappeler, une installation rendant facile le lavage simultané des pieds d'un grand nombre de malades ; aussi avons-nous réclamé une installation semblable à la Fondation Vallée. Le sous-sol du bâtiment neuf pourra être en partie utilisé dans ce but. — Voici la statistique des bains et des douches en 1896.

Bains simples	5.720
— salés	472
— amidonnés	68
Total	6.260
Douches	27.990
Bains de pieds	2.797

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines de la Fondation Vallée, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades varie de 40 à 70.

Distractions. — Les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1896, comme les années précédentes, à toutes les distractions données aux garçons de Bicêtre, sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée des deux sexes.

Améliorations diverses. — Mlle Lapeyre qui a 8 années de service et possède le brevet élémentaire, suppléante depuis le 7 mars 1894, a été nommée sous-surveillante le 3 août. — Mme Erhmann, 10 ans de services, suppléante depuis 2 années, a été promue au même

grade le 1er mai. — Mlle Raymond (Suzanne), 6 ans de services, première infirmière depuis 2 ans, a été nommée suppléante le 1er mai. Le dévouement, l'intelligence qu'elles n'ont cessé de déployer pour l'amélioration des enfants justifient complètement l'avancement qui leur a été donné. — Réparation d'une partie du mur, sur la ruelle Jean-Louis. — Réinstallation des baignoires. — Ameublement du nouveau bâtiment.

Teigne. — Sept enfants ont été soignées au *pavillon des contagieux* de l'hospice de Bicêtre : Cierc.., Guillaum.., Graff.., Olivi.., Huss.., Berg.., Laport... Cette dernière en est sortie guérie le 22 octobre.

Maladies intercurrentes. — Nous n'avons à noter, en outre des maladies qui ont occasionné la mort et dont on trouvera la liste au tableau des décès, que des accidents légers dont voici le résumé : 3 enfants ont été traitées pour bronchite, 6 pour gourmes, 2 pour coxalgie, 3 pour abcès ; 10 pour accès d'épilepsie ; 8 pour engelures ; 12 pour éruptions légères ; 1 pour rhumatismes.

Nous n'avons eu que trois cas de *maladies contagieuses* : l'enfant Imb... (Jeanne), entrée au pavillon des contagieux de Bicêtre, atteinte de *coqueluche*, en est sortie guérie le 22 juillet.

Les enfants Bij... et Moul... sont entrées au même pavillon atteintes d'*angine*. La première en est sortie le 15 août, la deuxième y est morte de *stomatite grangréneuse* avec infection généralisée.

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1896, il restait à la Fondation 139 enfants se répartissant ainsi :

Épileptiques........................	34
Hystériques........................	3
Idiotes ou imbéciles...............	102
Total...............	139

Sur ce nombre 50 étaient *gâteuses*, 2 atteintes de *surdi-mutité* ; 5 de *cécité*; 25 étaient *onychophages*, 3 *ruminantes*, 2 *écholaliques*, 4 *hémiplégiques* et une était atteinte de *polydactylie* (Thom...). Voici le tableau du *mouvement de la population* en 1896 :

MOIS	ENTRÉES	SORTIES	DÉCÈS	TRANS-FERTS
Janvier.............	2	»	1	»
Février.............	1	2	»	»
Mars...............	4	4	»	»
Avril...............	1	1	»	»
Mai................	1	»	2	6
Juin................	8	»	»	»
Juillet..............	13	»	»	»
Août...............	10	»	1	»
Septembre.........	2	4	1	1
Octobre............	1	1	1	»
Novembre..........	8	3	1	»
Décembre..........	3	1	1	»
Totaux..........	54	16	8	7

Décès. — Les décès ont été au nombre de *huit*. Le tableau des pages LXII et LXIII fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Le tableau des pages LXIV et LXV indique les motifs de la sortie et la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades.

NOMS.	AGE.	MALADIES.	Date du décès.
Aybr..........	4 ans 1/2	Idiotie méningitique.	18 janvier.
Maqu	4 ans.	Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale et de méningo-encéphalite.	13 mai.
Gonich........	3 ans 1/2	Myxœdème.	
Mouli	7 ans.	Idiotie complète.	18 août.
Pers	4 ans.		26 septemb.
Pern	12 ans 1/2	Méningo-encéphalite.	30 octobre.
Rey Ratt......	5 ans.	Idiotie.	30 novemb.
Chiffl	5 ans.	Épilepsie.	7 décembre.

Évasions. — Comme les années précédentes, nous n'avons pas eu d'évasions en 1896.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 7, ceux des enfants : Cam.., Bati.., Massic.., Geil.., Gauth.., Courch... et Caill... dirigées sur l'asile de Villejuif.

Population au 31 décembre 1896. — Il restait à la Fondation le 31 décembre, 162 enfants se décomposant ainsi :

CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie. Emphysème pulmonaire.	Méningite. — Dégénérescence du foie. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux.
Pachyméningite et tuberculose pulmonaire et intestinale.	(Voir p. 34).
	Opposition à l'autopsie. (Voir p. 40 et 58).
Stomatite gangrèneuse avec infection généralisée.	Asymétrie crânienne. — Méningite chronique — Tuberculose pleurale. — Rate accessoire du volume d'un haricot. — Persistance du canal de Luck.
	Opposition à l'autopsie.
Méningo-encéphalite.	Adhérences nombreuses et profondes et épaississement de la pie-mère. — Légère dilatation ventriculaire. (Voir p. 113)
Cachexie. Athrepsie.	Foie congestionné. — Corps thyroïde très petit. — Adhérences des reins au parenchyme. — Dilatation de l'estomac. — Rien dans les centres nerveux.
Hémorrhagie méningée.	Adhérences de la dure-mère au crâne. — Emphysème pulmonaire. — Hémorrhagie méningée.

Idiotes et imbéciles................	122
Epileptiques........................	39
Hystérique	1
Total..............	162

Sur ce nombre 56 sont *gâteuses*, 3 sont atteintes de *surdi-mutité*, 6 sont *aveugles*, 2 *ruminantes*, 2 *écholaliques*, 28 *onychophages*, 1 *polydactyle* et 4 *hémiplégiques*.

NOMS.	AGE	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Corn........................	16 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 1er février 1896. Amélioration.
Romagn........................	8 ans.	Idiotie.	Rendue à sa famille le 6 février 1896. Même état.
Maigr........................	18 ans.	Imbécillité.	Passée infirmière le 19 mars 1896. Amélioration notable.
Sib........................	12 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 24 mars 1896. Amélioration.
Vaissi........................	18 ans.	Épilepsie.	Rendue à sa famille le 26 mars 1896. Même état.
Deveaux........................	13 ans.	Imbécillité très prononcée.	Rendue à sa famille le 16 avril 1896. Même état.
Camu........................	18 ans.	Épilepsie.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Aggravation.
Batign........................	18 ans.	Idiotie, Épilepsie, Gâtisme.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Même état.
Massic........................	18 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Amélioration notable.
Geil........................	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Même état.

Gauthi	18 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Même état.
Courché	18 ans.	Imbécillité et Épilepsie.	Transférée à Villejuif le 7 mai 1896. Même état.
Caillet	9 ans.	Idiotie.	Transférée à Villejuif le 7 septembre 1896. Même état.
Bonnito	5 ans.	Idiotie ; tuberculose.	Rendue à sa famille le 19 septembre 1896. Même état.
Cunh	9 ans.	Idiotie.	Rendue à sa famille le 28 septembre 1896. Même état.
Agelé	2 ans. 1/2	Idiotie ; tuberculose.	Rendue à sa famille le 29 septembre 1896. Même état.
Dura	7 ans. 1/2	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille le 29 septembre 1896. Légère amélioration.
Lapor	8 ans.	Imbécillité, teigne.	Rendue à sa famille le 30 octobre 1896. Amélioration,
Valestheyr	13 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 13 novembre 1896. Grande amélioration.
Lech	12 ans.	Imbécillité ; épilepsie.	Rendue à sa famille le 18 novembre 1896. Même état.
Verrot	17 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif le 24 novembre 1896. Même état.
Poucin	18 ans.	Imbécillité.	Rendue à sa famille le 4 décembre 1896. Même état.

Personnel. — Il a été composé en 1896, d'un médecin, d'un interne titulaire, M. Mettétal; d'une surveillante, Mlle Berthe Langlet; de 3 sous-surveillantes, Mmes Ehrmann, Lapeyre et Croizelle; d'une suppléante, Mlle Raymond; d'un suppléant-portier, M. Croizelle; d'un infirmier, de 11 infirmières de jour et 6 de nuit. Total du *personnel secondaire* : 24. Nous ne pouvons que répéter ce que nous écrivions l'an passé : « Nous n'avons eu qu'à nous louer, disions-nous, du zèle et du dévouement du personnel. C'est à lui et en premier lieu à la surveillante, Mlle LANGLET que nous devons les résultats que nous avons enregistrés encore cette année.

La mise en service du bâtiment neuf laissait disponibles les anciennes classes et l'ancien réfectoire que, dans nos rapports précédents à la Commission de surveillance, nous avons indiqué comme devant être transformés en dortoir. M. Le Roux, directeur des affaires départementales, a fait établir le devis des dépenses qu'entrainerait l'aménagement en dortoir des anciennes classes. Ce projet a été renvoyé à la Commission de surveillance qui, sur le rapport de notre ami, le D^r^ Du Mesnil, a émis un avis favorable. Le Conseil général dans sa session de nov.-déc. ne s'est pas prononcé, de sorte que les locaux restent inutilisés.

Par suite de la pente du terrain sur lequel a été construit le nouveau bâtiment, il résulte que du côté de l'ouest ce bâtiment offre un sous-sol très élevé. Nous avons démandé l'utilisation de ce sous-sol et dressé un programme détaillé des installations qui y étaient possibles. Les devis ont été faits ; le projet

a été rapporté, également par M. Du Mesnil, et adopté par la Commission de surveillance. Ce projet a été, comme le précédent, ajourné par le Conseil général. L'an 1897 en verra sans doute l'exécution.

III.

AGRANDISSEMENT DE LA FONDATION VALLÉE : LE NOUVEAU BATIMENT DE CENT LITS. (1).

Le *nouveau bâtiment* au sujet duquel nous vous avons présenté une série de rapports est terminé depuis le 15 avril. Les devis d'ameublement ont été transmis le 22 novembre 1895 à la Préfecture de la Seine par l'Administration de l'Assistance publique. L'Administration préfectorale a introduit cette affaire au Conseil général dans sa session de décembre suivant. Le Conseil général a voté les crédits s'élevant à la somme de 35.031 francs le 3 avril 1896. Par suite de notre situation comme rapporteur du programme et du projet nous vous demandons la permission de faire quelques remarques sur la façon dont l'architecte s'est conformé au programme qui a été adopté par vous et accepté par l'Administration.

1° On pénètre dans le bâtiment par un large vestibule, où s'ouvrent, à *droite*, un dortoir qui doit être provisoirement affecté au réfectoire et à l'ouvroir, avec leurs annexes ; à *gauche*, un dortoir qui est provisoirement affecté aux écoles, avec des annexes analogues ; — *en face* l'escalier qui conduit au premier étage. La disposition de cet escalier n'est nullement conforme à votre programme et au programme généralement ac-

(1) Note communiquée à la Commission de surveillance à sa visite du 2 mai 1896.



cepté dans les asiles d'aliénés. Cet escalier est librement ouvert, au lieu d'être inaccessible en dehors du service. Il occupe une vaste cage limitée par des rampes sur lesquelles pourront aisément grimper les enfants. La disposition de l'escalier sur le palier du premier étage est dangereuse et peut fournir, comme les barreaux, des moyens de suicide : il aurait donc fallu supprimer ce vide.

Nous signalons ces graves inconvénients afin de dégager notre propre responsabilité et celle du personnel secondaire. Primitivement la main courante consistait en une rampe en fer, maintenue de place en place par des supports fixés au mur. Sur la critique que nous en avons faite, l'architecte l'a remplacée par la main courante en bois avec gorge que vous voyez.

2° Il est de règle, dans les locaux destinés aux aliénés, de ne laisser à leur disposition le fonctionnement d'aucun appareil. Or, dans les cabinets d'aisances, le cordon de tirage de la chasse d'eau est absolument à la disposition des enfants.

3° Vous nous avez entendu insister bien des fois sur les avantages qu'il y avait dans les services de ce genre à avoir des portes et des fenêtres avec de petits carreaux semblables à ceux qui existent dans certaines parties de la section de Bicêtre. Nous appuyions cette opinion sur l'expérience que nous avons acquise dans cette section. L'architecte s'est conformé à cette indication pour les portes qui donnent sur le vestibule du rez-de-chaussée et le palier du premier étage. Mais les vitres des fenêtres sont démesurément grandes et ceux des impostes le sont encore davantage. Il en résulte deux inconvénients : a) Un accroissement de la dépense d'entretien et, *b)* ce qui est plus grave, la possibilité pour les enfants de passer au travers des carreaux.

4° Quant aux cases destinées à déposer les enfants en accès, elles n'ont pas été faites non plus conformément au programme; elles ont été réunies à l'une des extrémités du bâtiment. Aussi sera-t-on obligé, pour porter les enfants en accès de la première classe à ces boxes, de traverser les trois autres classes qui les en séparent: ce sera le désordre permanent.

On pourrait dire: Réunissez vos épileptiques dans la même classe et choisissez la classe rapprochée de ce que l'architecte appelle des cellules. Or, cela n'est pas possible. Nous avons des épileptiques d'inégale intelligence qui doivent être par conséquent réparties dans des classes différentes. Nous avons, par exemple, des épileptiques parmi les gâteuses qui, elles, doivent être dans la classe la plus rapprochée des cabinets et des lavabos, c'est-à-dire à l'extrémité opposée aux cellules. Ajoutons que la surveillance sera insuffisante, puisque au lieu d'être à cheval sur la cloison de deux classes et être surveillées par le personnel de ces deux classes, ces cellules ou boxes se trouveront à l'extrémité de la dernière classe. La surveillance est d'autant plus nécessaire que si les épileptiques sont prises d'un nouvel accès étant couchées sur le ventre, la face peut être appliquée sur le matelas: alors l'asphyxie due à l'accès est complétée par cette compression et la malade meurt. Ces raisons purement médicales n'ont pas apporté la conviction dans l'esprit des architectes. L'exemple de Bicêtre était là, mais on a voulu faire autrement. Tant pis pour les malades, tant pis pour le personnel.

Telles sont, Messieurs, les remarques générales que nous avons cru devoir vous présenter. Il nous semble qu'il est de notre devoir à tous de tenter de faire mieux dans nos constructions nouvelles que ce qui existe dans les anciennes constructions.

Telles sont les observations que nous avons soumises à la Commission de surveillance des asiles lors de sa visite à la Fondation le 2 mai dernier. Malheureusement nous en avons encore d'autres à soumettre à la Commission du Conseil général (décembre).

1° Lorsqu'on a installé les lits dans les dortoirs et les tables dans le réfectoire provisoire, on s'est aperçu, non sans quelque étonnement, qu'il était impossible de placer les lits et les tables de chaque rangée en face les uns des autres. Cela tient à ce que les grands murs du bâtiment ne sont point parallèles, en un mot le *bâtiment est de guingois,* comme on dit vulgairement.

2° Le pavillon neuf doit être chauffé à la vapeur. La chaudière installée dans le sous-sol a été construite par la maison Imbert de Saint-Chamond (Loire), fournie et posée par la maison Geneste et Hercher. Cette chaudière, verticale, à foyer extérieur (système Ofield), est destinée à fournir la vapeur pour le chauffage des salles et à les ventiler.

L'Administration de l'Assistance publique, chargée par le Département, de l'administration de la Fondation a invité son ingénieur à examiner le système de chauffage et à décider le nombre d'employés nécessaire pour son fonctionnement. L'ingénieur, M. Kremer, s'est rendu à la Fondation le 21 octobre, accompagné du représentant de la maison Geneste-Hercher. Ce dernier aurait dit que l'installation faite à la Fondation conviendrait mieux à un service plus grand, car les frais eussent été les mêmes; il a déclaré que le chauffage était assuré pour 15°.

L'ingénieur de l'Administration estime que la machinerie actuelle offre des dangers constants et que, de plus, elle nécessite la nomination de quatre chauffeurs, été et hiver, l'hiver pour le chauffage et l'été pour la ventilation. Il estime, en outre, qu'un système

à basse pression eut été préférable et eut offert moins de dangers tout en permettant de n'avoir qu'un chauffeur. Nous n'avons pas été prévenu de cette visite et nous n'avons pu être renseigné qu'indirectement. Au bout de quelques jours, le froid se faisant sentir, nous avons reçu des plaintes des enfants et du personnel, en particulier du personnel de nuit. Nous avons demandé à l'Administration de l'Assistance publique de prendre une décision et peu après nous avons prévenu M. le Directeur des affaires départementales. Le froid continuant et aucune réponse n'arrivant au sujet de la mise en marche des appareils de chauffage, nous avons prié M. Pinon, directeur de Bicêtre, de donner des instructions pour que les salles soient chauffées par un procédé quelconque et les enfants protégés contre le froid. L'architecte de Bicêtre, M. Delahaye, en quelques jours, a fait poser des *cloches*. Il ne pouvait faire mieux.

A la séance du 16 novembre de la Commission de surveillance, nous avons signalé cette situation et, après avoir énuméré les inconvénients du chauffage provisoire, opéré à l'aide des cloches (variations de la température qui s'élève à plus de vingt degrés, absorption de l'oxygène de l'air par la surface rougie des appareils, etc.), nous avons réclamé une solution définitive. Ou bien le système installé est bon, n'offre pas de dangers et alors il doit fonctionner, ou bien il est dangereux et doit être remplacé d'urgence. M. Le Roux, s'appuyant sur un certain nombre d'expériences, a affirmé que le système était bon et sans danger. Il ne reste plus qu'à mettre les ingénieurs d'accord et cela dans le plus bref délai, la santé des enfants est en jeu, l'excès de chaleur produit par les cloches les expose, en effet, à voir augmenter le nombre de leurs crises nerveuses.

Section III. — Assistance des enfants idiots : création de classes spéciales annexées aux écoles primaires pour les enfants arriérés.

I.

A MM. les membres de la 3e Commission du Conseil général de la Seine.

Messieurs,

Depuis plusieurs années, nous profitons des visites de la 3e Commission du Conseil général et de la Commission de surveillance pour attirer leur attention sur la création de *classes spéciales* qui seraient annexées à quelques-unes des écoles primaires de chaque arrondissement et recevraient les *enfants arriérés* de toutes les écoles de l'arrondissement, les enfants renvoyés à cause de ce qu'on appelle leur indiscipline, enfin les enfants des services d'arriérés suffisamment améliorés pour bénéficier de ces classes.

Dans le but de vous renseigner exactement, nous avons pensé utile de mettre sous vos yeux les documents qui suivent, où sont résumées les raisons qui militent en faveur de la création que nous proposons.

Voici, en premier lieu, la *Note* que nous avons communiquée à la Commission de surveillance lors de sa visite du 2 mai dernier (1896).

NOTE A LA COMMISSION DE SURVEILLANCE.

Malgré les sacrifices considérables faits par le département de la Seine qui assiste, traite et instruit, à l'heure actuelle, plus d'un millier d'enfants idiots et épileptiques, l'assistance de ces malheureux est loin d'être suffisante. La section de Bicêtre, que vous venez de visiter, renferme 524 enfants, c'est-à-dire 124 de plus que le nombre pour lequel elle a été construite. La Fondation Vallée, que vous visiterez cette après-midi,en contient 133, c'est-à-dire 33 de plus que le chiffre primitivement fixé. Bien que l'encombrement ait atteint en quelque sorte ses limites extrêmes, nous avons, pour ici seulement, 22 demandes d'admission dont l'inscription de quelques-unes remonte à près d'un an. Les lits vacants à la colonie de Vaucluse, affectée aux enfants de 7 à 16 ans qui ne sont ni gâteux ni épileptiques, seront occupés dans un délai rapproché et le désencombrement des dortoirs actuels de la Fondation Vallée prendra près de la moitié du nouveau bâtiment (1). En l'état des finances départementales et des besoins, malheureusement croissants, du service des aliénés adultes, il n'est guère permis d'espérer qu'on puisse songer à de nouvelles constructions pour les enfants, dans un temps prochain. C'est pour cela que nous devons appeler votre attention sur un mode, plus économique et facilement réalisable, d'assistance et d'éducation de la catégorie la moins malade des enfants idiots, nous voulons parler des *arriérés*.

Les *arriérés* et même les *imbéciles* du degré le moins accusé existent en certain nombre dans les services consacrés aux idiots. Il y a aussi des arriérés, des retardés dans les écoles ordinaires ou qui, renvoyés des écoles, restent dans leurs familles ou vagabondent dans les rues.

Pour ces enfants nous proposons la création de CLASSES SPÉCIALES *annexées aux écoles primaires ordinaires*.

Afin de justifier cette création, nous devons citer des

(1) Ainsi que nous l'avons dit souvent, dans le programme général de la construction des asiles indispensables au département de la Seine, on ne devra pas perdre de vue la construction d'un *asile pour les idiots* et les *idiotes adultes*, avec des ateliers, une ferme, etc.



faits, des chiffres et exposer brièvement ce qui se fait à l'étranger.

*
* *

Les faits abondent ici, et nous allons faire passer sous vos yeux des enfants qui pourraient être envoyés à ces *classes spéciales*.

Ils peuvent se diviser en deux catégories. La première comprend les enfants arriérés ou atteints d'imbécillité sans perversion des instincts qui, si ces classes avaient existé, n'auraient pas eu besoin d'être hospitalisés. La seconde se compose d'enfants qui nous sont arrivés atteints d'idiotie, gâteux même, et qui ont été considérablement améliorés. Leur *photographie*, prise à diverses époques, met en évidence les heureux changements qui ont été obtenus. L'examen de leurs *cahiers scolaires* en fournit également la démonstration. Le tableau suivant donne sur chacun d'eux, les principaux renseignements (p. LXXIII et LXXIV).

Nous devons faire une remarque au sujet des enfants de la seconde catégorie. Lorsque leurs parents se rendent compte qu'ils sont dans une bonne voie, ils réclament leur sortie. Nous sommes obligé de nous incliner, souvent avec regret, car nous craignons qu'au dehors l'évolution en train ne s'arrête. Cela arrive malheureusement quelquefois et, au bout d'un temps plus ou moins long, on nous ramène les enfants ayant en grande partie perdu ce que nous leur avions donné péniblement. Sur l'avenir de la plupart, nous manquons de renseignements. On peut en inférer que leurs progrès ont continué. Il y aurait un réel intérêt à savoir ce qu'ils deviennent, ce que, personnellement, nous aurions voulu connaître si le temps et les moyens ne nous manquaient. Cette enquête, à notre avis si désirable, pourra être entreprise le jour où sera enfin créée la *Société de patronage des aliénés sortis des asiles du département de la Seine,* adultes ou enfants.— Nous devons ajouter que dans les autres services consacrés aux enfants idiots et arriérés on en trouverait également de semblables aux nôtres, c'est-à-dire susceptibles d'être traités et éduqués dans les classes spéciales.

Enfants notablement améliorés.	Age.	*Enfants notablement améliorés.*	Age.
Bouillon	17	Habsieger	11
Roizot	12	Engel	12
Primeaux	8	Bignon	13
Durand	9	Houiste	18
André	16	Gilliard	13
Dupuis	15	Garnier	12
Huck	13	Besombes	10
Charrette	13	Feutrier	11
Booz	15	Klein Ch.	15
Beaux	12	Vaillant	16
Félu	19	Millot	12
Charmeaux	6	Largillier	15
Lemaire	9	Hurier	16
Barbrel	15	Tassin	17
Dautun	10	Berg	11

Enfants non pervers et non épileptiques qui pourraient bénéficier du secours à domicile et des Écoles spéciales.	Age.	*Enfants non pervers et non épileptiques qui pourraient bénéficier du secours à domicile et des Écoles spéciales.*	Age.
Autereau	15	Mainguy	12
Boyaval	19	Mireux	17
Cros	23	Minel	15
Cabé	16	Martin	17
Caumont	19	Moreau	20
Curin	17	Nilles	18
Clauet	16	Pilard	15
Chantepie	17	Pichot	19
Daubigny	18	Rochette	15
Chamant	20	Sérré	15
Dupré	19	Schuller	16
Dupuis (Marius)	15	Spira	17
Faivre	18	Tassin	17
Four	17	Wolter	17
Fabre	18	Watzlaveck	15
Fertat	15	Riche	17
Ferrant	18	Ratat	17
Flamecourt	17		
Guillaume	15		
Gauvenet	17		
Gravigny	17		
Hié	17		
Huch	13		
Jouenne	19		
Kirchmann	14		
Lefèvre	16		
Lebret	16		
Lebourhis	20		
Lemaire A	18		
Lépine	20		
Lemaire E	18		
Lévêque	20		
Lafillie	13		
Lafont	19		

*
* *

Dans les écoles primaires de la ville, il y a aussi nombre d'*enfants retardés* qui ne peuvent suivre utilement leurs camarades, qui troublent les classes, qui font le tourment des maîtres et sont la risée ou les souffre-douleurs de leurs petits camarades. Nous avons fait procéder sur ce point à une petite enquête dans les circonstances suivantes. L'idée de la création des *classes spéciales*, sur laquelle notre attention a été appelée par la lecture des travaux publiés à l'étranger (1), a été de notre part l'occasion de diverses communications à la délégation cantonale du 5e arrondissement et au Congrès national de Lyon en 1894.

C'est à ce propos et avec l'assentiment de la Délégation que M. Foubert, inspecteur de l'enseignement pri-

ÉCOLES DE GARÇONS.	Arriérés.	Indisciplines.	ÉCOLES DE FILLES.	Arriérées.	Indisciplines.
Arbalète	2	1	Arbalète	1	»
Cujas	20	3	Bernardins	»	»
Feuillantines	20	14	Blainville	»	»
Fleurus	1	1	Boulangers	1	»
Fossés St.-Jacques	7	»	Boutebrie	»	»
Madame	1	»	Buffon	»	5
Poissy	1	»	Jardinet	»	»
Pont-de-Lodi	1	1	Madame	»	»
Pontoise	4	2	Monge	»	2
Rollin	»	»	Pontoise	»	»
St.-Benoit	»	»	Rennes	»	»
St.-Jacques	»	7	St-Benoit	»	»
St.-Marcel	20	10	St-Jacques	4	3
Tournefort	»	»	Vaugirard	»	»
Vaugirard n° 9	»	»	Victor Cousin	»	»
Vaugirard n° 82	»	»			
	77	39		6	10

(1) *Archives de Neurologie, passim.*

maire, à notre instigation, a invité les instituteurs et les institutrices des 5e et 6e arrondissements à lui dresser une liste des enfants arriérés et indisciplinés qu'ils avaient dans leurs écoles. Nous avons résumé le résultat de cette enquête dans le tableau ci-dessus qui figure dans le Rapport (1) que nous avons lu en décembre 1895 à la Délégation cantonale.

« En ce qui concerne les écoles maternelles, sur 12 écoles, une seule, celle de la rue du Sommerard, signale quatre arriérés. Il est évident que cette enquête, faite à la hâte, par des personnes qui n'ont pas de connaissances médicales, aurait besoin d'être reprise en leur donnant des indications détaillées sur le but que l'on poursuit. Certains maîtres et certaines maîtresses, par exemple, ont craint d'être accusés de négligence s'ils mentionnaient l'existence dans leurs classes d'enfants indisciplinés ou arriérés. Cependant, telle qu'elle est, cette enquête sommaire montre qu'il y a 83 enfants arriérés et 49 indisciplinés des deux sexes dans les écoles des Ve et VIe arrondissements sur une population scolaire de 3.575 garçons et de 3.207 filles. Elle met en relief l'utilité de la création des *classes spéciales* dont nous venons de parler. »

* * *

Notre proposition ne constitue pas une innovation. Les classes spéciales dont nous demandons la création existent déjà dans un certain nombre de pays. Nous en avons fait l'énumération dans les publications auxquelles nous avons fait allusion. Nous n'y reviendrons pas ; nous nous bornerons à une citation empruntée au docteur G.-E. Shuttleworth, ancien médecin-directeur du *Royal Albert Asylum for idiots and imbeciles* (2), citation dans laquelle il donne d'ailleurs quelques renseignements historiques. Après avoir parlé de la grande enquête qui a été faite en Angleterre dans les écoles publiques, pour se rendre

(1) Ce rapport a éte reproduit dans le *Compte-rendu* de notre service pour 1895, p. LVII.
(2) *Mentally-Deficient Children, Their treatment and training*. London, 1895.

compte du nombre et de la situation des enfants anormaux, il continue ainsi :

« En donnant la prééminence à cette enquête, qui est peut-être la première recherche scientifique compréhensive d'anormalités chez les enfants des écoles, nous n'avons pas l'intention de réclamer la priorité pour l'Angleterre dans l'instruction pratique des arriérés, «*mentally-feeble* », terme que nous regrettons de ne pas voir adopter pour dénommer cette catégorie spéciale d'enfants exceptionnels, de façon à éviter l'ambiguité du terme américain « *feeble-minded* » (enfants d'un esprit faible).

« Dès 1881, nous trouvons une « classe auxiliaire » (Hülfs-Klasse) établie en connexité avec les écoles municipales de Brunswick pour le bienfait des enfants qui, quoique non idiots et imbéciles, étaient mentalement inférieurs à leurs condisciples, au point de rendre leur instruction inefficace dans les écoles ordinaires. A force d'attention individuelle, rendue possible par le zèle sans cesse croissant des maîtres chargés de l'instruction de ces enfants, et d'une adaptation du système d'éducation sensorielle et manuelle, qui rend de si grands services dans les institutions pour les imbéciles, Herr Kielhorn, le directeur de ces classes, a obtenu les résultats les plus satisfaisants.

« Des classes semblables, — ou écoles spéciales, — ont aussi été créées à Cologne, à Dusseldorf, à Crefeld, à Gera, à Dresde, à Leipzig, etc. Dans les classes de Brunswick, il y a actuellement 110 élèves environ ; à Cologne, il existe deux écoles spéciales avec un total de près de 300 enfants. Comme règle, un maître ne doit pas avoir plus de 20 élèves ; et comparativement un progrès lent (une année de travail d'école ordinaire étant obtenue en quatre) est tout ce qu'attendent les autorités scolaires. Quelques enfants restent dans ces classes jusqu'à 18 ans ; et, s'il est nécessaire, lorsqu'ils quittent, un aide charitable leur trouve un emploi convenable. Dans les Pays-Scandinaves, aussi comme annexes des établissements pour les imbéciles, des classes pour l'instruction spéciale des enfants anormaux ont été organisées depuis longtemps. A

Christiania et à Bergen, ces classes sont annexées aux écoles élémentaires publiques sous la direction respective de Herr Lippestad et Herr Sœthre, directeurs des institutions voisines consacrées aux imbéciles. A Copenhague, cette œuvre fait partie de l'organisation remarquable du Dr Keller, pour les soins et l'éducation des enfants arriérés. Le fait qu'il a un personnel de 25 maîtres pour 200 enfants, montre que l'instruction est individualisée autant que possible et d'après notre examen personnel, nous pouvons affirmer son caractère admirablement pratique. L'éducation industrielle est donnée sur une large échelle, et des emplois dans les fermes, ainsi que chez les fabricants de brosses et de balais, sont procurés aux garçons qui ont fini leur temps d'école, tandis que des places de domestiques et de filles de laiterie sont trouvées pour les filles. Celles-ci sont surveillées soigneusement, d'où il résulte que « très peu tournent mal au dehors ».

« Le 5 mars 1891, le Comité des écoles de Londres chargea quelques-uns de ses membres d'examiner l'opportunité de mettre en pratique la recommandation de la Commission royale à laquelle nous avons précédemment fait allusion et qui était formulée en ces termes : — « Que, en ce qui concerne les enfants d'un esprit faible, ils seraient séparés des écoliers ordinaires dans des écoles publiques élémentaires, afin qu'ils puissent recevoir une instruction spéciale. » Le résultat fut la création, l'année suivante, d'« Écoles pour l'Instruction spéciale » des enfants qui, en raison de leurs défectuosités physiques ou intellectuelles, ne pouvaient pas être convenablement instruits dans les classes ou par les méthodes ordinaires et Mrs Burgwin fut chargée de leur organisation. Sous son habile direction pas moins de 17 centres d'instruction spéciale ont été créés jusqu'à présent, principalement dans les districts les plus pauvres de la métropole. — Il y a maintenant près de 600 enfants sur le rôle — et ce nombre augmente sans cesse. Le conseil des écoles (*School Board*) a sagement ordonné que 30 élèves au plus seraient assignés à chaque maître; et dans la pratique les classes n'atteignent même pas ce chiffre. La proportion des élèves est, à vrai dire, beau-

coup plus grande que dans les écoles des Pays Scandinaves, où chaque maître n'est chargé que de l'éducation de dix élèves; mais le directeur utilise de la façon la plus remarquable la force enseignante, qu'il a à sa disposition, par un horaire bien établi. Il est à remarquer, relativement à ce qui précède, que quoique la nomenclature habituelle des études scolaires soit conservée, on a recours à l'éducation osensorielle et manuelle, ainsi qu'aux méthodes objectives de démonstration, plutôt qu'à l'instruction ordinaire.

« Les occupations, qui forment une partie importante du travail de chaque jour, sont spécialement adaptées aux capacités ou aux incapacités diverses et individuelles des élèves. Les résultats, montrés à une exposition récente des produits de l'*enseignement manuel* des écoles de Londres, en général, sont fort encourageants et même, dans quelques cas, surprenants. On peut constater, à vrai dire, que, à cette exposition, l'étalage des travaux de chaque enfant, dans la classe spéciale, honorablement considérée comme la sienne, est placé à côté de celui des enfants normaux. La sélection des élèves pour ces classes est faite par le directeur de cet enseignement spécial, d'après les renseignements donnés par le maitre qui a observé l'imperfection et avec l'approbation du médecin du Conseil des écoles. Cette répartition habile des élèves dans la catégorie qui leur est propre est, sans nul doute, essentielle au succès de cette œuvre digne d'éloges.

« Quelques maisons privées d'éducation, dans lesquelles des enfants mentalement défectueux (*mentally-deficient*) qui ne peuvent pas être, à proprement parler, considérés comme idiots ou imbéciles, sont instruits par les mêmes procédés que ceux des classes spéciales du Conseil des écoles, ont été établies dans ces dernières années. Comme, dans beaucoup de cas, la faiblesse de corps coïncide avec la faiblesse d'esprit, une habile surveillance médicale d'une telle éducation est un avantage. Il est évident qu'un enfant dont l'imperfection mentale ou l'état nerveux n'est que léger, aura plus de chance d'amélioration lorsqu'il sera instruit avec des enfants qui offrent des conditions

mentales semblables que s'il est soumis dans une école ordinaire à une rivalité sans espoir avec des enfants normaux, ou, d'un autre côté, exposé aux influences déprimantes d'une institution où les idiots sont reçus.

« En outre des arrangements spéciaux organisés par les Conseils scolaires, certaines agences philanthropiques ont fondé, dans ces dernières années, de petites maisons industrielles dans les diverses parties de la contrée, pour l'emploi, sous une surveillance judicieuse, des adolescents faibles d'esprit. Quant aux filles, une surveillance bienveillante est naturellement nécessaire, et les maisons établies dès maintenant sont exclusivement pour elles, mais on espère que la nécessité de cette direction du sexe « inférieur » si elle n'est pas pressante, ne sera pas finalement perdue de vue.

« Quelques cas démonstratifs, donnant une idée de la classe des enfants auxquels la désignation de « *feeble-minded* (à l'esprit faible) ou de « *feeble-mentally*, » est appliquée à juste titre, peuvent aider à éclaircir le sujet. De tels enfants sont aussi décrits comme « arriérés, « backward » ou comme enfants atteints d'un « arrêt de développement mental » — termes correspondant aux « Enfants arriérés » des écrivains français, aux « geistigzurück-gebliebene » des Allemands, et aux « tardivi » des Italiens...... »

M. Shuttleworth rapporte trois cas concernant des enfants arriérés dont l'histoire fournit un argument en faveur de sa thèse et qu'il nous paraît inutile de relater ici.

* * *

A la suite de la lecture et de la discussion du rapport, dont nous avons parlé plus haut, la Délégation cantonale du 5e arrondissement a adopté le vœu suivant :

« *La délégation cantonale du Ve arrondissement émet le vœu qu'il soit créé dans quelques-uns des arrondissements de Paris des classes spéciales pour les enfants*

arriérés n'offrant ni perversion des instincts, ni accidents convulsifs. »

Le président de la Délégation cantonale, M. Meurgé, a transmis ce vœu à M. le Préfet de la Seine qui l'a renvoyé pour examen à M. Carriot, directeur de l'enseignement primaire. M. Carriot, accompagné de M. May, nous a fait l'honneur de venir visiter le service le 11 avril.

Nous lui avons montré une partie des enfants que nous venons de vous faire voir. Après cet examen, il a conclu qu'il y avait lieu d'étudier notre proposition. Comme il s'agit là, Messieurs, d'une question qui intéresse à la fois l'Enseignement et l'Assistance, nous avons pensé qu'il était de notre devoir de l'exposer devant vous. Il est en effet naturel que la Commission de Surveillance et la Direction des affaires départementales soient représentées dans la Commission qui devra être nommée. En conséquence nous vous prions de bien vouloir adopter le vœu suivant :

La Commission de Surveillance des asiles d'aliénés du Département de la Seine émet le vœu qu'il soit créé, près des écoles de la Ville, des CLASSES SPÉCIALES *pour les enfants arriérés.*

On nous a reproché vivement, dans des circonstances récentes, d'avoir fait dépenser trop d'argent pour l'Assistance publique, c'est-à-dire pour les malheureux, à Paris et dans le Département de la Seine : nous signalons aujourd'hui un moyen de réaliser des économies tout en assistant, traitant et éduquant un plus grand nombre d'enfants.

Ce vœu a été adopté par la Commission de surveillance dans sa séance du 18 juin (1).

---

(1) *Procès-verbaux*, 1896, p. 179.



II.

LETTRE DE M. CARRIOT AU SUJET DE LA STATISTIQUE DES ENFANTS ARRIÉRÉS EXISTANT DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES DE LA VILLE DE PARIS. — RÉPONSE.

La visite que M. Carriot avait faite dans notre service les exemples que nous avions placés sous ses yeux ont eu l'heureux résultat de le convaincre de l'utilité des CLASSES SPÉCIALES dont nous réclamons la création.

Il a pensé qu'avant de nommer la Commission qui serait chargée d'étudier l'organisation de ces classes, il convenait de dresser une *statistique des enfants arriérés* existant dans les écoles primaires de la ville de Paris. Pour l'aider dans l'élaboration de la circulaire qu'il se proposait d'adresser aux directeurs et aux directrices, il nous a demandé, par une lettre en date du 12 septembre, quelques renseignements complémentaires. Voici sa *Lettre* et notre *Réponse*.

*
* *

*A M. le D*r BOURNEVILLE, *médecin de la section des enfants arriérés de Bicêtre.*

Paris, le 12 *septembre* 1896.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Dès la rentrée des classes, je voudrais faire procéder au récolement des enfants arriérés ou indisciplinés qui fréquentent les écoles de la Ville de Paris.

Ce travail, qui a été fait dans le Vme arrondissement, n'a peut-être pas donné des résultats précis en raison de l'ignorance dans laquelle se trouvaient maîtres et maîtresses du sens exact, médical, des mots *arriérés* et *indisciplinés*.

Pour que la nouvelle enquête à laquelle je me propose, d'ailleurs, d'associer les médecins-inspecteurs, offre toutes les garanties possibles, je désirerais que, dans la circulaire qui sera adressée aux maires avec les procès-verbaux de la Commission de surveillance des Asiles d'aliénés, se trouvât une définition de ces mots *arriérés* et *indisciplinés*, avec l'indication des caractères distinctifs et scientifiques de l'un et l'autre état.

Je ne puis mieux faire que de vous prier de vouloir bien me faire connaître en quels termes doivent être rédigées ces définitions, afin d'enlever au personnel enseignant toute incertitude.

Si, pour cette enquête, il vous paraissait nécessaire d'adopter une autre classification, je vous serai reconnaissant de m'en prévenir.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, la nouvelle assurance de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

L'inspecteur d'Académie, Directeur de l'Enseignement primaire du Département de la Seine.

Carriot.

* * *

A Monsieur Carriot, *directeur de l'Enseignement primaire du département de la Seine.*

Paris, le 5 *novembre* 1896.

Monsieur le Directeur,

Convaincu de l'utilité de *classes spéciales* pour les

enfants des écoles primaires plus ou moins retardés dans leur développement intellectuel, ou encore sujets à une instabilité mentale qui les rend turbulents, indisciplinés, vous m'annoncez l'intention de faire procéder dans tous les arrondissements de la ville de Paris à une enquête analogue à celle qui a éte faite dans les Ve et VIe arrondissements.

Pour cette nouvelle enquête à laquelle vous désirez, avec juste raison, associer les médecins-inspecteurs des écoles, vous me demandez de vous donner « une définition des mots *arriérés* et *indisciplinés* avec l'indication des caractères distinctifs et scientifiques de l'un et l'autre état. » Je vais essayer, autant que possible, de répondre à vos désirs.

Sous le nom d'**idiotie**, on désigne un état constitutionnel, physique, intellectuel et moral, dû soit à des troubles survenus pendant la vie fœtale ou au moment de la naissance, soit à des affections pathologiques surtout de la première enfance c'est-à-dire de la naissance à 7 ans, moins souvent de la seconde enfance, c'est-à-dire de 7 ans au début de la puberté (13 ou 14 ans).

L'*idiotie* est donc *congénitale* ou *acquise*.

Considérée dans son intensité, elle est *complète* ou *incomplète*, se rapprochant dans sa forme la plus atténuée de l'état de l'enfant normal le moins bien doué.

Dans toutes les variétés, l'idiotie peut être *simple* ou *compliquée* (paralysie, épilepsie, chorée, rachitisme, scrofule, etc.).

IDIOTIE COMPLÈTE, ABSOLUE OU *idiotie du premier degré*. — Marche, préhension, parole, attention nulles. Incapacité de s'aider en quoi que ce soit. Inconscience du besoin de s'alimenter, ou gloutonnerie avec absence du sentiment de la satiété. Écoulement permanent de la salive (bave) et des mucosités nasales. Excrétions involontaires. Accès de cris, tics multiples (balancements, grimaces, agitations des mains, etc.). Bien que les organes des sens puissent

être intacts au point de vue anatomique, l'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, le toucher semblent absents. Sensibilité générale très obtuse, d'où indifférence à la douleur, au froid et à la chaleur. Aucune connaissance de leurs parents, ni des personnes qui les soignent. Sans idée, sans parole, sans mouvement, les idiots de cette catégorie sont des êtres en quelque sorte végétatifs (1).

Idiotie profonde ou du *second degré.* — La *motilité* est moins atteinte que dans le premier degré. La *marche* est possible, parfois exubérante. La *préhension* se fait, mais d'une façon défectueuse, le pouce ne s'opposant pas ou s'opposant mal aux autres doigts.

L'*appétit* est exagéré ; le sentiment de la *satiété* fait défaut ; le goût est nul ou obtus, d'où la *salacité.* La *digestion* se complique parfois de *rumination.* Les *excrétions* sont involontaires.

La *parole* est nulle ou limitée à quelques monosyllabes ou à des syllabes répétées. Les *besoins*, les *déterminations instinctives* se traduisent plutôt par un *langage d'action* (cris de joie ou de douleur). Ces idiots reconnaissent assez souvent leurs parents, les infirmières qui s'occupent d'eux. Ils témoignent des préférences pour certaines personnes. Ils ont fréquemment des *aptitudes musicales*, retiennent d'emblée les airs qu'ils entendent et les chantonnent sans cesse, signe d'une mémoire au moins partielle. L'*attention* est fugitive ; ils regardent sans voir, entendent ce qui leur plaît et semblent absolument sourds pour les bruits ou les appels qui ne les intéressent pas. L'*odorat*, le *toucher* sont obnubilés ou indifférents.

Ces enfants n'ont aucune conscience du danger, et comme les idiots du premier degré, ont des tics très variés, sont destructeurs, rongent leurs ongles, se déchirent, se mordent ou mordent les autres, se livrent à l'onanisme, etc.

En résumé, vie végétative surtout, et vie de relation très bornée.

(1) Une personne du monde, a écrit Calmeil, vivement impressionnée par la vue de ces idiots, s'écria : « Il existe des bêtes humaines! »



Ce qui différencie ce second groupe du précédent, c'est l'existence du mouvement, la marche et la préhension, qui les rend dangereux pour eux et pour les autres puisque le mouvement les expose à des accidents par suite de leur inconscience du danger, et expose les autres à subir les conséquences de leurs impulsions.

IMBÉCILLITÉ PROPREMENT DITE. — Les *facultés intellectuelles* existent mais à un degré très incomplet. L'*attention* est fugace, la *mémoire* peu active, peu sûre, la *volonté* sans énergie : ils veulent et ne veulent pas. Ils peuvent comparer, combiner ; toutefois ils s'élèvent difficilement à des notions générales et abstraites. Ils ont des idées, mais en petit nombre ; ils ne pensent et n'agissent que par autrui, bien qu'ils soient capables de quelques raisonnements.

Ils ont des *déterminations instinctives*, comme les idiots du second degré et y obéissent sans frein.

Parmi ces malades, il en est chez lesquels l'imbécillité se complique d'une *perversion des instincts*. Ils sont menteurs, querelleurs, paresseux, poltrons, entêtés, mobiles, incapables d'un effort soutenu. Ils ont des besoins sexuels auxquels ils cèdent sans retenue. Ne possédant qu'une notion vague du tien et du mien, ils ont des impulsions à voler, détruire, incendier, etc.

La *parole* existe, mais la *prononciation* est souvent défectueuse. Leur *langage* est borné, leurs phrases imparfaites, le verbe y est parfois absent ; ils parlent d'eux à la troisième personne.

Ils peuvent remplir des *occupations* simples, uniformes, toujours les mêmes.

Ils ont des *sentiments affectifs*, souvent superficiels. La *sensibilité générale* est d'ordinaire émoussée. Les *sens*, sont fréquemment intacts, mais peu délicats.

Imbécillité légère ou *arriération intellectuelle*. — Les *facultés intellectuelles*, considérées dans leur ensemble, existent mais sont *retardées*, notablement au-dessous des facultés des enfants du même âge. L'*attention* laisse beaucoup à désirer, toutefois il est possible de la fixer, au moins

pendant quelque temps : ce temps augmente si l'on varie les occupations intellectuelles. La *réflexion*, la *prévoyance* n'existent qu'à un faible degré. La *conception* est lente, la *mémoire* paresseuse : ils n'apprennent que par périodes.

Les *arriérés* ont des *penchants* particuliers, des *aptitudes* spéciales. Leur *intelligence* se manifeste principalement pour tout ce qui est relatif à ces penchants ou à ces aptitudes. On doit en profiter et s'en servir pour agrandir leur champ intellectuel. Parmi ces aptitudes, relevons les réparties piquantes, les saillies plaisantes, les manières joviales qui caractérisaient, par exemple, les malheureux qui remplissaient autrefois la fonction de *fou du Roi*. Ils ont des *sentiments moraux*, de la gaieté, de l'affection familiale. Ils possèdent à un certain degré la notion du devoir, l'esprit d'ordre.

Leur *regard* a peu d'éclat, mais ne fuit, ni ne se perd dans le vague. Le mouvement, la marche, la préhension, la sensibilité générale, la sensibilité spéciale sont en général intacts. Au point de vue physique les arriérés offrent des *stigmates de dégénérescence* moins nombreux et moins prononcés que les imbéciles et surtout que les diots.

INSTABILITÉ MENTALE. — Elle est parfois simple, constituant alors une variété distincte mais est le plus souvent liée à l'*imbécillité*, à l'*arriération intellectuelle*, désignée encore sous le nom de *débilité mentale*.

Les *instables* ont une *mobilité physique* exubérante. Ils ne restent en place nulle part, se lèvent de table à chaque instant, sans motif. S'ils jouent, ils passent rapidement d'un jeu à un autre.

Leur *mobilité intellectuelle* n'est pas moindre. A peine ont-ils commencé à lire qu'ils veulent écrire ou compter, etc. Ils n'obéissent pas.

Il en est de même au point de vue du *travail manuel*. Peu après avoir débuté dans l'apprentissage d'une profession qu'ils ont eux-mêmes choisie, ils veulent en changer, essayant tour à tour, sans se fixer, une foule de professions.

Ils ont des *impulsions subites*, se sauvent de l'école, de

la maison paternelle, errent durant un temps plus ou moins long, rentrent spontanément ou se font arrêter par la police. Ils sont prodigues de promesses, les font souvent de bonne foi avec l'intention, à ce moment, de les tenir et quelques heures ou quelques minutes plus tard, exécutent ce qu'ils venaient de promettre de ne plus faire.

IMBÉCILLITÉ MORALE. — Les enfants ou les adolescents de ce groupe peuvent posséder des facultés intellectuelles intactes, être les égaux des enfants de leur âge, appartenir à la même classe, avoir leur certificat d'études, etc. Leur défectuosité intellectuelle en tout cas ne constitue qu'un caractère secondaire. Les stigmates de dégénérescence physique sont même quelquefois tout-à-fait absents.

L'imbécillité morale, de même que l'idiotie, reconnaît pour cause l'hérédité, l'alcoolisme, mais elle est aussi due souvent à l'incapacité, à la brutalité, à l'immoralité des parents.

Elle peut s'annoncer par des cauchemars, des accès de colère, des caprices irraisonnables, inaccoutumés, des périodes de bouderie, survenus après une maladie fébrile ordinaire, accompagnée ou non d'accidents cérébraux (délire, convulsions, etc.), ou à l'occasion d'une croissance précoce avec développement rapide de la puberté. A l'inverse des imbéciles intellectuels, ils devancent sexuellement leur âge; d'où des impulsions génitales qui les rendent dangereux.

L'*instabilité* et la *perversion des instincts* caractérisent au premier chef l'imbécillité morale.

L'*instabilité mentale* se présente chez eux avec les caractères que nous avons précédemment décrits et sur lesquels il est inutile de revenir.

Quant à la *perversion des instincts*, elle offre les traits suivants : la *conduite* de ces malades est inexplicable, en désaccord avec leur état antérieur et avec le milieu dans lequel ils vivent; ils sont désobéissants, en révolte contre toutes les conventions sociales, récalcitrants à toutes les remontrances, à toutes les prières, aux témoignages d'amitié, aux encouragements, aux récompenses, aussi bien qu'aux punitions. Ils se laissent aller à des men-

songes intentionnels, soutenus avec entêtement. Ils sont souvent crédules à l'excès envers ceux auxquels ils s'abandonnent et qui les dominent.

Les *sentiments affectifs* sont émoussés ou nuls, ce qui est dû parfois à l'indifférence coupable des parents. Ils sont sujets à toutes les impulsions mauvaises : vols, incendies, destructivité, cruauté envers les animaux, envers leurs camarades plus faibles, etc. Ils éprouvent du plaisir à la vue de la souffrance ; aiment voir couler le sang ; sont en général durs pour eux-mêmes bien qu'ils soient égoïstes.

L'imbécillité morale se complique quelquefois d'*alcoolisme*, d'*épilepsie*, de *folie*, de *perversions sexuelles*.

Le **traitement médico-pédagogique**, là aussi, doit s'appuyer sur le peu qui reste de sain et s'en servir de base pour corriger les défectuosités morales et, s'il y a lieu, les imperfections intellectuelles.

Les enfants atteints d'*idiotie* au *premier* et au *second degré*, les enfants affectés d'*imbécillité morale* doivent être hospitalisés. Il en est de même, au moins au début de la création des classes spéciales, des enfants frappés d'imbécillité proprement dite.

Ces classes nous paraissent devoir être consacrées aux enfants atteints : 1° d'*imbécillité légère* ou *arriération intellectuelle* ; — 2° d'*instabilité mentale* (sans perversion des instincts) ; — 3° elles recevront aussi, plus tard, venant des services hospitaliers spéciaux, les enfants idiots et imbéciles qui auront été améliorés et jugés aptes à profiter de ces classes.

J'espère, M. le Directeur, que les définitions ou mieux les tableaux en raccourci qui précèdent, malgré leur insuffisance, pourront aider les directeurs et les directrices des écoles primaires municipales dans le travail de statistique que vous avez l'intention de leur confier et que bientôt vous aurez des renseignements intéressants à fournir à la Commission chargée de concourir avec vous

à la création de CLASSES SPÉCIALES pour les *enfants arriérés* et les *enfants instables*.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

BOURNEVILLE.

* * *

Nous aurions hésité, Messieurs, à vous parler de nouveau de la création de ces *classes spéciales* si M. Le Roux ne nous avait engagé à y revenir. C'est que, en sa qualité de directeur des affaires départementales, il connaît tous les besoins du service des aliénés et que pour leur donner satisfaction, il convient de recourir à tous les modes d'assistance et de traitement. Cette préoccupation est également l'une de celles qui vous assaillent. L'idée que nous vous soumettons aurait l'avantage de maintenir, ou de renvoyer d'ici et des autres services analogues, dans leur famille un nombre considérable d'enfants, tout *en les traitant et les éduquant*, et aussi de diminuer dans une certaine mesure les charges du département.

Nous osons espérer, Messieurs, que vous vous joindrez à tous ceux qui, déjà, ont reconnu l'utilité de la réforme que nous examinons et que vous y associerez le Conseil général en lui faisant désigner quelques-uns d'entre vous pour la Commission qui ne manquera pas d'être nommée prochainement.

Votre ancien collègue,

BOURNEVILLE.

10 décembre 1896.

III.

Les médecins aliénistes des hôpitaux.

En 1840, le Conseil général des hôpitaux et hospices de Paris institua le concours pour le recrutement des médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Les médecins qui furent nommés au concours et qui tous ont contribué à l'illustration de la Science française : Archambault, Baillarger, Delasiauve, Moreau (de Tours), Trélat, jouissaient de *toutes* les prérogatives des médecins des hôpitaux ; ils pouvaient, entre autres, faire partie de *tous* les jurys des concours, sans exception : bureau central, amphithéâtre d'anatomie, etc. Le concours, supprimé par l'Empire, a été rétabli par la République.

Comme beaucoup de médecins et d'administrateurs ignorent ou ont oublié les conditions dans lesquelles a été réinstitué le concours, nous profitons de la mise à l'ordre du jour du Conseil de Surveillance d'une question concernant les médecins aliénistes qui ont été nommés avant le rétablissement du concours, pour réunir ici plusieurs documents de nature à préciser la situation et à permettre de donner aux médecins aliénistes, nommés au concours, les satisfactions auxquelles ils ont légitimement droit.

I. — ARRÊTÉ établissant le concours pour la nomination des médecins titulaires des services d'aliénés des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Préfet de la Seine, vu la loi du 10 janvier 1849 et la loi du 30 juin 1838, vu l'arrêté préfectoral du 30 juin 1878, instituant une commission à l'effet de donner son avis sur le programme et les conditions du concours à ouvrir pour la nomination des médecins attachés aux services des quartiers

d'aliénés dans les hospices dépendant de l'Administration de l'Assistance publique ;

Vu les procès-verbaux des séances de la dite commission, du 27 février au 27 mars 1878, ensemble le rapport présenté en son nom et adopté par elle dans la séance du 27 mars, où sont formulées ses conclusions avec un double projet de programme applicable au concours dont il s'agit, suivant le mode d'assimilation complète ou partielle des médecins aliénistes, qui seront nommés d'après les épreuves de ces concours, aux médecins nommés d'après les épreuves des concours du bureau central des hôpitaux et hospices de Paris ;

Vu le rapport spécial du président de la commission, doyen de la Faculté de médecine, membre du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, en date du 28 mai 1878 ; vu le mémoire présenté au sujet du règlement de la dite question, par le directeur de l'Administration de l'Assistance publique au Conseil de surveillance de cette administration ;

Vu la délibération approbative en date du 18 octobre 1878, prise par le dit Conseil de surveillance, sur le rapport d'un de ses membres, et ce rapport y annexé, tendant : 1° A ce que le système de l'assimilation partielle des médecins aliénistes aux médecins du bureau central soit adopté de préférence, avec le programme préparé en accord avec ce système par la commission d'études, sans autre changement que la suppression de l'épreuve sur titres scientifiques ; 2° A ce que la composition du jury de concours soit modifiée en conséquence et simplifiée, arrête :

Article premier. — A l'avenir, en cas de vacances dans le personnel des médecins titulaires des services d'aliénés dépendant de l'administration de l'Assistance publique à Paris, il sera ouvert, pour le choix de chaque médecin à nommer, un concours dans les formes des concours du bureau central des hôpitaux et hospices, en tant que ces formes ne seront pas en contradiction avec les dispositions spéciales du présent arrêté.

Art. 2. — Les conditions d'admissibilité au nouveau concours, ci-dessus spécifié, seront les suivantes : les candidats devront avoir : 1° 28 ans d'âge ; 2° soit quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés, et une année de doctorat, soit deux années d'exercice en qualité de médecins-adjoints des dits asiles, soit encore cinq années de doctorat.

Art. 3. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

1° Épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. (Il sera accordé trois heures aux candidats pour traiter cette question) ;

2° Épreuve clinique commune sur un malade. (Dix minutes

d'examen et vingt minutes de dissertation après cinq minutes de réflexion).

3° Épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade (vingt minutes d'examen et vingt minutes de dissertation après cinq minutes de réflexion ;

4° Épreuve écrite, comprenant : une consultation après l'examen d'un aliéné, un rapport sur un cas d'aliénation mentale. (Il sera accordé aux concurrents quinze minutes pour l'examen de chacun des malades et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation ; la lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante) ;

5° Epreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés. (Les candidats auront quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades et trente minutes pour la dissertation après cinq minutes de réflexion).

Le nombre des points attribués à chaque épreuve est ainsi fixé :

1re épreuve	....	30	points, maximum.
2e —	....	20	— —
3e —	....	20	— —
4e —	....	30	—(15 pour chaque partie
5e —	....	30	— maximum).
	Total	130	points.

Art. 4. — Deux places seulement seront mises au concours en même temps. Le concours se terminera par un acte décidant les nominations, sauf approbation du ministre de l'intérieur, ainsi que cela se pratique pour les concours du bureau central.

Art. 5. — Le jury de concours sera composé de sept membres, savoir : quatre membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine et les médecins du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice. Et trois membres tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires. Le tirage au sort aura lieu, dans la forme usitée pour les concours du bureau central, en présence de deux membres du Conseil de surveillance de l'Administration de l'assistance publique, et de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Art. 6. — Les médecins aliénistes nommés à la suite des concours établis d'après le mode ci-dessus spécifié seront assimilés, quant au grade et aux prérogatives aux médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite des concours du bureau central, mais sous la réserve qu'ils ne pourront siéger dans les concours ordinaires des hôpitaux.

Art. 7. — En cas de vacance, les médecins aliénistes en



exercice dans les quartiers d'hospice dépendant de l'Administration de l'Assistance publique auront le droit de passer dans les dits quartiers, d'un service d'aliénés, dans un autre service d'aliénés suivant leur rang d'ancienneté.

Art. 8. — Le secrétaire général de la préfecture, le directeur de l'Administration de l'Assistance publique, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 mars 1879. — Signé : F. HEROLD.

II. A la suite de cet arrêté, un concours fut ouvert. Il se termina par la nomination de M. Jules Voisin et la nôtre (juin 1879). L'année suivante, à l'occasion de l'élection d'un délégué des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, nous avons demandé (8 février 1888) à M. Michel Moring, alors directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, de bien vouloir préciser les prérogatives que l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 accordait aux médecins aliénistes, nommés au concours. Peu après, M. le directeur nous transmettait les deux pièces suivantes :

Extrait d'un RAPPORT adressé à Monsieur le Sénateur, Préfet de la Seine.

. . . .

« Je ne crois pas que la pensée qui a inspiré à Monsieur le Préfet les dispositions de l'article 6 dont il s'agit puisse soulever le moindre doute. *L'assimilation des Médecins des Services d'aliénés aux Médecins des Hôpitaux est* COMPLÈTE, sauf sur un point qui concerne le droit de siéger dans les Jurys institués pour la nomination des Médecins du Bureau central. Cette réserve faite, les Médecins aliénistes *doivent* jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives des Médecins des Hôpitaux, puisqu'ils sont, du reste, astreints aux mêmes charges, et en particulier soumis comme eux au *Règlement sur la* LIMITE D'AGE. Leur droit de voter pour la présentation du Médecin chargé de représenter ses collègues des Hôpitaux au sein du Conseil de Surveillance me paraît donc incontestable.

. . . .

Paris, le 17 février 1880.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Signé : Michel MORING.

A M. le Docteur BOURNEVILLE, Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

Paris, le 26 février 1880.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Vous m'avez fait l'honneur de m'écrire pour me demander si, en vertu de l'article 6 de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, les Médecins aliénistes nommés à la suite du Concours et ceux qui le seront dans l'avenir, auront le droit de faire partie des commissions que l'Administration est dans l'usage de consulter, et surtout de voter pour la présentation du délégué de MM. les Médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance.

« Aucun doute ne peut, à mon avis, s'élever sur le sens des dispositions de cet article. *L'assimilation des Médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est* COMPLÈTE sous la *seule réserve* qu'ils ne siègeront pas dans les jurys des Concours pour la nomination des Médecins du Bureau central. Dès lors, ils doivent jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives attribués aux Médecins des Hôpitaux, de même qu'ils sont soumis aux mêmes charges et en particulier au Règlement sur la *limite d'âge*. Le droit des Médecins aliénistes de siéger lorsqu'il y a lieu dans les Commissions administratives et de voter pour la présentation du Médecin chargé de représenter ses collègues au Conseil de surveillance est donc incontestable.

J'ajouterai, que M. le Préfet, consulté par moi, vient de me faire savoir que l'interprétation qui précède est conforme à l'esprit qui lui a dicté l'arrêté du 3 mars 1879.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée et de mes sentiments dévoués.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Signé : Michel MORING.

III. A M. le Dr PEYRON, *directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique.*

Paris, le 1888.

Monsieur le DIRECTEUR,

Permettez-nous d'attirer aujourd'hui votre attention sur la situation faite aux médecins des quartiers d'aliénés de

la Salpêtrière et de Bicêtre, nommés au concours, vis-à-vis des autres médecins des hôpitaux.

D'après l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 l'assimilation doit être complète. Une lettre de M. Michel Moring, adressée à M. Bourneville à la date du 26 février 1880, en réponse à une demande d'interprétation de l'arrêté préfectoral, ne laisse d'ailleurs aucun doute à cet égard. Nous en extrayons le passage suivant :

« L'assimilation des médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est complète sous la seule réserve qu'ils ne siègeront pas dans les jurys des concours pour la nomination des médecins du Bureau central. Dès lors ils doivent jouir de tous les droits et prérogatives attribués aux médecins des hôpitaux, de même qu'ils sont soumis aux mêmes charges, et en particulier au règlement sur la *limite d'âge*. J'ajouterai que Monsieur le Préfet consulté par moi, vient de me faire savoir que l'interprétation qui précède est conforme à l'esprit qui lui a dicté l'arrêté du 3 mars 1879. »

Or, jusqu'ici, en pratique, l'assimilation n'a pas été aussi complète que le ferait penser cet arrêté. A la suite de l'intervention de notre collègue auprès de vous et de M. Barbier, alors secrétaire général de l'Administration, nous avons, il est vrai, été appelés à voter le 27 décembre 1886 pour la présentation du médecin chargé de représenter le corps médical au Conseil de surveillance. Mais jamais aucun de nous n'a encore siégé dans les jurys de concours pour le recrutement des élèves des hôpitaux.

Ces pérogatives dont nos prédécesseurs nommés au concours ont joui jusqu'en 1859 a disparu avec le concours lui-même. Mais elle pourrait, il nous semble, nous être accordée de nouveau aujourd'hui que les médecins de la Salpêtrière et de Bicêtre sont recrutés par la voie du concours, tout comme les autres médecins des hôpitaux.

Nous vous demanderons donc, Monsieur le Directeur, de vouloir bien compléter notre assimilation aux médecins des hôpitaux en mêlant nos noms aux leurs dans l'urne d'où sort la liste du jury des concours de l'externat, de l'internat, et des prix de l'internat.

Il est d'ailleurs assez naturel que nous désirions pouvoir prendre part aux concours où se recrutent les élèves de nos services et notre demande n'outrepasse pas les limi-

tes des prérogatives que nous attribue l'arrêté préfectoral que nous avons rappelé plus haut.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de nos sentiments dévoués.

J. VOISIN, SEGLAS, DENY, CHARPENTIER, BOURNEVILLE, Ch. FÉRÉ, CHASLIN.

A M. le Dr J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Paris, le 6 juillet 1888.

Monsieur le DOCTEUR,

J'ai reçu la lettre que MM. les médecins du service des aliénés n'ont fait l'honneur de m'écrire pour me demander d'être appelés, en vertu de l'art. 6 de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879 qui institue le concours pour leur nomination, à siéger dans les jurys de l'Externat, de l'Internat et des prix de l'Internat.

MM. les médecins du service des aliénés me rappellent, à cette occasion, une lettre adressée à M. le Dr Bourneville par l'un de mes prédécesseurs et dans laquelle M. Moring déclare, avec l'assentiment de M. Herold, alors préfet de la Seine, que « l'assimilation des médecins des services d'aliénés aux médecins des hôpitaux est complète, sous la seule réserve qu'ils ne siégeront pas dans les jurys des concours pour la nomination des médecins du Bureau central, et que, dès lors, ils doivent jouir de tous les droits et de toutes les prérogatives attribués aux médecins des hôpitaux.

Cette interprétation de l'art. 6 de l'arrêté préfectoral du 9 mars 1879 ne soulève aucun doute et subsiste toujours. Mais elle doit faire l'objet d'un article à introduire dans le règlement sur le service de santé et cette régularisation ne peut être effectuée sans le concours de la commission spéciale chargée de réviser et de refondre le règlement sur le service de santé.

MM. les médecins des services d'aliénés peuvent être assurés que j'aurai soin de soumettre cette question à la commission dès la reprise de ses séances, et d'appeler à prendre part aux travaux de la commission, comme j'en ai, d'ailleurs, depuis longtemps déjà l'intention, l'un de

MM. les médecins aliénistes, chargé de représenter ses collègues.

Recevez, M. le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Signé : E. PEYRON.

Les circonstances ayant empêché l'Administration de s'occuper de cette réclamation, l'année suivante, les médecins aliénistes ont adressé à M. PEYRON la lettre de rappel suivante :

Paris, le 25 mai 1889.

Monsieur le DIRECTEUR.

L'année dernière nous avons eu l'honneur de vous adresser une réclamation au sujet de la non-participation des médecins aliénistes de la Salpêtrière et de Bicêtre, nommés au concours, aux jurys des concours de l'externat, de l'internat et des bourses de voyage.

Vous nous avez répondu le 6 juillet 1888 en reconnaissant la justice de notre réclamation et en nous promettant d'y faire droit.

Vous nous informiez que vous soumettriez cette affaire à la commission chargée de la revision des règlements sur le service de santé.

Près d'une année s'est écoulée sans qu'il y ait eu de solution à notre connaissance. C'est pourquoi, nous nous permettons, Monsieur le Directeur, de vous rappeler la promesse que vous nous avez faite.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération la plus distinguée.

CHARPENTIER, VOISIN (J.), DENY, SÉGLAS, CHASLIN, FÉRÉ, BOURNEVILLE.

IV.

Au mois de janvier dernier, le journal l'*Assistance publique* a reproduit un article de la *Semaine médicale* du 6 janvier, en le faisant suivre de réflexions. Voici comment s'exprimait la *Semaine médicale* :

« Au moment où viennent d'avoir lieu les mutations des chefs de service dans les hôpitaux de Paris, il nous paraît utile d'attirer l'attention sur la situation des médecins aliénistes de l'Assistance publique.

« Actuellement ces médecins se divisent en deux catégories, suivant que leur nomination est antérieure ou postérieure à l'année 1879. Les premiers, qui n'ont pas eu à subir les épreuves d'un concours et qui ont été nommés directement par arrêté préfectoral, jouissent du privilège de rester en fonction jusqu'à un âge indéterminé.

« Les seconds, au contraire, qui ont été nommés au concours, sont assimilés, au point de vue de la limite d'âge, aux médecins des hôpitaux, c'est-à-dire qu'il sont mis à la retraite à soixante-cinq ans.

« Le privilège singulièrement paradoxal, dont jouissent les premiers de ces médecins vis-à-vis des seconds ne laisse pas que d'avoir de graves inconvénients. Outre qu'il empêche ceux-ci de passer de Bicêtre à la Salpêtrière à la période de la vie où cette mutation devrait se faire, il recule indéfiniment l'entrée en fonction des médecins suppléants. Le recrutement de ces mêmes médecins se trouve du même coup compromis, les candidats ne pouvant s'immobiliser dans la perspective d'une carrière dont la porte ne s'ouvre plus. Il y a dix ans, en effet, que les médecins suppléants actuels ont été nommés, et, depuis cette époque, il n'y a plus eu ni concours, ni mutations de chefs de service. Cette situation, si elle se prolongeait, équivaudrait donc à la suppression pure et simple du concours.

Tel n'est pas, sans doute, le résultat cherché par l'administration ; c'est pourquoi nous avons cru devoir lui signaler le danger, persuadés qu'elle saura y porter promptement remède ».

« Maintes réclamations, ajoute le journal l'*Assissistance publique*, ont déjà été présentées à ce sujet à la 3e commission du Conseil général de la Seine lors de ses visites à Bicêtre et à la Salpêtrière. Enfin, au mois de juin dernier, M. le Dr Féré, médecin de Bicêtre, a profité de la visite de la Commission de surveillance pour « appeler l'attention de la Commission sur les inconvénients déjà plusieurs fois signalés du système actuel du recrutement des médecins suppléants dont la nomination se trouve indéfiniment retardée par suite du défaut de retraite pour une catégorie de médecins qui ont atteint la limite d'âge et dont la nomination est antérieure aux concours actuels.

« Le Président de la Commission, M. Barbier, pre-

mier président honoraire de la Cour de cassation, a répondu que la Commission « serait désireuse, afin d'être mise à même dans la modeste mesure de son influence, de remédier à l'état de choses existant, qu'un rapport lui fût adressé, pour être discuté en temps et lieu ».

« C'est à l'auteur de la proposition, avec l'aide ou non de ses collègues nommés au concours, de répondre aux désirs de la Commission. Quant à nous, continue l'*Assistance*, nous nous associons complètement à cette réclamation qui nous paraît justifiée. »

Le *Journal de médecine* de Paris, la *Gazette médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Tribune médicale*, la *Presse médicale*, etc., se sont associés à la réclamation formulée dans l'article que nous venons de reproduire. Cette unanimité d'opinion a décidé M. PEYRON, directeur de l'Assistance publique, à demander à son Conseil de surveillance :

1° De mettre à la retraite M. le Dr Jules Falret, le 31 décembre prochain.

2° De mettre M. le Dr Auguste Voisin à la retraite à la fin de l'année dans laquelle il aura atteint sa 70e année.

On ne peut qu'applaudir à ces propositions inspirées par un véritable esprit de conciliation et qui, nous l'espérons, seront ratifiées par le Conseil de surveillance.

*
* *

Nous terminerons cette *Note* en demandant au Conseil de surveillance et à M. Peyron de bien vouloir régler définitivement la situation des *médecins aliénistes* des hôpitaux, nommés au concours, en les mettant en possession des prérogatives qui leur appartiennent légitimement en vertu de l'arrêté préfectoral du 3 mars 1879, notamment la participation aux concours de l'externat, de l'internat, et des prix de l'internat. B.

15 mars 1897.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique

I.

Paréso-analgésie droite avec panaris analgésiques ou maladie de Morvan ; hémiplégie droite et paraplégie inférieure ;

Par **BOURNEVILLE.**

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson. — Grand-oncle paternel suicidé. — Grand'tante paternelle morte de congestion cérébrale. — Autre grand'tante paternelle démente. — Mère, convulsions de l'enfance, fièvre cérébrale à quatorze ans accompagnée de canitie partielle, très nerveuse. — Grand-père et oncle maternels, excès de boisson. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de huit ans.*

Impression maternelle vive pendant la grossesse. — Convulsions répétées vers deux ans. — Affaiblissement paralytique du côté droit et mains en crochet, constatés à deux ans et demi. — Traumatisme du genou suivi d'arthrite à quatre ans. — Aggravation de la paralysie et contracture des membres inférieurs. — Abcès multiples du genou droit. — Brûlure de la main gauche à neuf ans et, peu après, PREMIER PANARIS ANALGÉSIQUE. — *A quatorze ans,* SECOND PANARIS ANALGÉSIQUE. — *Quelques semaines après, deux abcès du membre supérieur droit. — Description du malade en 1889 : différence de coloration des iris ; — malformation des oreilles ; — déformation du thorax ; — malformations pathologiques de l'index et du médius gauche* ; — *arrêt de développement du bassin et du train postérieur* ; — *hémiplégie droite — paraplégie ; — dissociation de la sensibilité, etc. — Luxation du radius droit. — Ankylose du genou droit, doigt à ressort,* etc.

1890. *Furoncles, abcès. — Brûlure provoquée au dos de la main droite* SANS DOULEUR.

1893. *Phlegmon du coude et fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

1894-1895. *Amélioration progressive de l'état intellectuel et physique.*

1896. *Mars-avril. — Nouvelle description du malade.*

Bis... (Charles), né à Paris le 12 novembre 1875, est entré dans notre service le 24 novembre 1888.

Antécédents héréditaires. — *Père*, cinquante-cinq ans, homme de peine dans un lavoir. Il paraît plus vieux que son âge. Il a la tête conique et le sillon naso-labial gauche plus creux que le droit, bien qu'il affirme n'avoir jamais eu d'accidents nerveux. Durant l'enfance, il n'a eu ni manifestations scrofuleuses, ni convulsions, ni fièvres infectieuses, ni syphilis, ni migraines, ni maladies de peau, ni *panaris*. Il avoue faire des *excès de boisson* quotidiens : il boit deux à trois litres de vin par jour et un litre de café mélangé d'eau-de-vie. Sa physionomie dénote ses habitudes alcooliques. — [*Père* mort à quarante-huit ans (fusillé au fort d'Ivry); il était séparé de sa femme, aussi ne peut-on donner d'autres renseignements sur lui. — *Grand-oncle paternel suicidé* par pendaison. — *Grand'tante paternelle* morte de *congestion cérébrale* à soixante-quatorze ans. — *Mère* morte à soixante-dix ans en trois jours, on ne sait de quoi. — *Tante*, quatre-vingt-quatre ans, *démente*. — *Frère* mort à cinquante-neuf ans de la poitrine; — six autres *frères* et *sœurs* morts en bas âge. *Grands parents paternels et maternels*, pas de détails. — Point d'aliénés ni d'épileptiques, etc., dans la famille].

Mère, blanchisseuse, sobre, morte à quarante-six ans en 1883 d'une tumeur blanche du genou ; à quatorze ans, elle avait eu une *fièvre cérébrale* grave, durant laquelle une grande partie de ses cheveux aurait blanchi (*canitie partielle*). Elle aurait eu des *convulsions*, mais on ne sait si c'est pendant sa fièvre ou dans l'enfance. Pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais des accès de colère suivis de pleurs. — [*Père* mort de bronchite chronique ; nombreux *excès de boisson*. — *Mère*, sœur du grand-père paternel de notre malade, pas de renseignements. — *Frère* mort on ne sait de quoi, faisait des *excès alcooliques*. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.]

Consanguinité (cousins germains); différence d'âge de huit ans.

Dix *enfants*, tous des garçons; huit sont morts du croup à différentes époques. Ils étaient intelligents et n'avaient jamais eu de convulsions. Il en est de même du septième qui est soldat dans un régiment de cuirassiers.

Antécédents personnels du malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu durant l'ivresse. — *Grossesse* : pas de traumatismes, ni d'envie de boire, ni de syncopes, ni d'attaques, mais dans les premiers mois, sa mère aurait eu « un regard » : « un mendiant de lavoir », paralysé d'un côté du corps est venu demander l'aumône; elle l'a fixé, ce que voyant, une de ses camarades l'a interpellée vivement : « Adèle que faites-vous là ? » Elle est revenue aussitôt à elle comme d'un rêve. « Mon enfant a un bras et une jambe qui ressemblent à ceux du mendiant et du même côté. » — *Accouchement* naturel et sans chloroforme, en quatre heures. — *A la naissance*, pas d'as-

phyxie. — Elevé à la campagne, au biberon, avec du lait de chèvre, il aurait eu, vers deux ans, à trois reprises des *convulsions*, qui, chaque fois, auraient duré deux ou trois heures et sur lesquelles on ne peut fournir de détails. Depuis lors il n'en a plus eu, affirme son père.

Quand B... est revenu chez ses parents, à deux ans et demi, il était bien portant, mais sa mère remarqua qu'il avait le *côté droit moins gros et plus faible que le gauche*, qu'il marchait en tortillant et *traînant la jambe*, que ses mains étaient en crochet: « les doigts, dit-on, se refermaient toujours ». Cette rétraction était plus prononcée du côté droit.

A quatre ans, étant à l'asile, il a reçu un coup de pied d'un de ses camarades. Dès le lendemain le genou droit était gonflé. C'est pour cet accident et pour la rétraction de ses doigts que ses parents l'ont conduit au bout d'un mois à l'hôpital des Enfants-Malades où il n'a fait qu'un court séjour; le diagnostic posé était : *méningo-myélite*. Puis il y est rentré le 17 août 1881, en est sorti le 8 octobre et le 29 du même mois, il a été envoyé à l'hôpital de Berck. Il en est revenu le 10 juin 1881.

D'après les notes qu'à bien voulu transmettre M. le Directeur des Enfants-Malades, le diagnostic était au départ: *Coxalgie* avec appareil, état général bon; et, au retour, coxalgie améliorée. Les notes du Directeur de l'hôpital de Berk-sur-Mer, copiées sur le registre de la maison, ne nous fournissent aucun renseignement utile. On parle d'une tumeur blanche, d'un redressement du genou qui sera prochainement tenté. Et c'est tout. — Le malade, lui, prétend qu'on lui aurait retiré un petit os du genou droit et qu'on lui aurait maintenu la jambe dans l'extension pendant quarante jours, à l'aide de poids.

Lorsque B... est rentré de Berck, son père a remarqué qu'*il avait les genoux collés et qu'il lui était impossible d'écarter la jambe droite* sans douleur, symptômes qui n'existaient pas au moment du départ: « Avant mon départ, mon père me portait sur ses épaules et j'écartais bien les jambes, dit l'enfant. » En raison de son infirmité et aussi à cause de la mort de sa mère, B... fut placé quelques semaines après son retour à l'asile des incurables des frères Saint-Jean de Dieu. Durant son séjour dans cet établissement (dix-huit mois), on lui aurait ouvert *deux abcès* au niveau du genou. Ces abcès, si l'on en croit l'enfant, renfermaient beaucoup de pus et les incisions auraient produit de vives douleurs. Au dire du père, B... n'aurait rien appris dans cette maison : « J'ai payé pendant plus d'un an 15 francs par mois, puis m'étant trouvé sans travail, je n'ai pas pu payer et, au bout de cinq mois, les frères m'ont ramené l'enfant. Je l'ai gardé deux ou trois semaines et ensuite j'ai obtenu son placement à la colonie de Vaucluse (26 février 1887). » Il y est

resté jusqu'au 24 novembre 1888, sans aucune amélioration, prétend-on. C'est là qu'il a eu, à treize ans (janvier 1888), son *premier panaris* siégeant à l'index gauche. Voici d'après le malade lui-même dans quelles circonstances.

Il s'amusait à tisonner un feu de charbon de bois. Un morceau de charbon incandescent ayant été projeté du foyer, il voulut le ramasser, tomba et posa le dos de la *main gauche* sur le charbon, sans s'en apercevoir : « Pendant ce temps, affirme-t-il, l'infirmière me parlait, j'avais la tête tournée et je ne m'apercevais de rien. » *Il prit le charbon entre ses doigts et le remit dans le feu, sans avoir, à aucun moment, éprouvé une sensation douloureuse.* Peu après, il s'aperçut qu'il avait une cloque au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et la phalange de l'index gauche, du côté de la face dorsale. Il aurait enlevé l'épiderme « pour faire sortir l'eau », aurait refusé tout pansement et quand il se produisait des croûtes il les détachait. Jamais il n'aurait souffert durant les deux mois que la plaie a mis à se cicatriser.

Environ quinze jours plus tard, sans cause connue, il serait survenu un gonflement très prononcé de l'*index gauche*. Le gonflement qui, à l'origine, occupait la phalange, aurait ensuite gagné la phalangine et la phalangette. Fièvre vive, céphalalgie, insomnie. *Absence complète de douleurs locales.* Pendant deux jours on appliqua des cataplasmes et, le troisième jour, on fit une incision qui n'aurait occasionné aucune souffrance (pansement phéniqué). Deux jours après l'opération, l'*ongle était tombé et l'extrémité du doigt était nécrosée.* On procéda sans chloroforme et *sans douleur à l'ablation des os* de la phalangette et de la phalangine. La cicatrisation aurait été lente et n'aurait pas duré moins d'un mois : c'était le PREMIER PANARIS ANALGÉSIQUE.

Sauf une tendance à mentir, B... n'a pas de mauvais instincts, il n'est ni gourmand, ni voleur, ni méchant, ni destructeur, ni onaniste, ni coléreux. Il est doux et affectueux. Il n'a eu ni vers ni aucune maladie infectieuse, sauf la coqueluche à trois ans et peu après des croûtes dans le cuir chevelu. Il n'aurait eu aucune autre manifestation lymphatique. Il aurait eu beaucoup d'engelures qui se seraient ulcérées (?) ; on ne saurait dire si elles étaient plus prononcées d'un côté que de l'autre.

En novembre 1888, le père de B... a demandé et obtenu son transfert de la colonie de Vaucluse à Bicêtre, à cause des dépenses que lui occasionnaient les visites à la colonie.

Notre dévoué collaborateur, le Dr BLIN, médecin de la colonie de Vaucluse, a eu l'obligeance de nous envoyer les notes ci-après sur les particularités offertes par Bi... durant son séjour à Vaucluse :

Certificat du Dr LEGRAS (février 1887) : « B..., idiotie, violences passagères ; rétraction du membre droit ; malformation de la main

droite, voûte palatine en ogive, inégalité pupillaire, contusion très légère à l'œil gauche. Ce malade est dans un état mental qui exige son placement dans un asile d'aliénés. »

Certificat du Dr MAGNAN (20 février 1887) : « Débilité mentale avec excitation passagère ; ankylose du genou droit. »

Certificat du Dr KERAVAL (27 février 1887) : « Débilité mentale compliquée de manifestations strumeuses du côté des os ; association des idées excessivement lente ; mémoire très rudimentaire. »

Mars 1887. — Infirme par accidents scrofuleux ; enfant paraissant extrêmement doux ; perfectible.

Novembre. — Insubordination, « hypocrisie », brutalités, frappe son entourage avec ses béquilles.

Décembre. — Grossièreté, trivialité, indocilité. Aucun progrès dans l'état mental.

Janvier 1888. — *Panaris ostéomyélitique* de l'index gauche.

Mars. — Mauvais instincts, taquineries incessantes. Son esprit n'est tourné que vers le mal.

Avril. — Indiscipline constante ; cet enfant ferait le martyre des gardiennes si son infirmité lui permettait d'être agile.

Mai. — *Abcès* sous-axillaire à droite, produit par le frottement de la béquille.

Juin. — Grossier, malpropre, brutal, frappe ses camarades avec ses béquilles quand il ne peut les atteindre autrement.

Septembre. — Plus doux et plus tranquille.

Octobre. — L'amélioration se maintient, paraît avoir quelques sentiments affectifs et s'attache à son entourage.

Voici maintenant ce que nous avons observé durant son séjour dans notre service de 1889 à 1896.

1889. *Janvier.* — B... reste quatre jours à l'infirmerie pour une *angine érythémateuse.*

13 *mars.* — Salivation ; opalescence des commissures labiales, exulcération transversale de la face interne de la joue gauche ; petite plaque rouge près de la dernière molaire. Petites adénites sous-maxillaires, cervicales, axillaires et inguinales. Rien aux organes génitaux, à l'anus, au cuir chevelu, à la peau. Dans l'*aisselle* droite, on trouve une demi-douzaine de croûtes épaisses reposant sur des plaques indurées, rosées à la périphérie, ayant une direction antéro-postérieure. Ces accidents ont disparu en trois semaines[1].

Avril. — SECOND PANARIS ANALGÉSIQUE. — B... s'aperçoit par hasard d'un gonflement du *médius gauche.* Fièvre vive, insomnie ; ni céphalalgie, ni douleur au niveau du doigt malade. *Incision indolore ;* issue de pus en abondance. L'extrémité du droit se nécrose. Cicatrisation lente.

En juin 1889, B... a eu un *abcès* sans cause connue au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras droit, à 3 ou 4 centimètres du pli du coude. La fièvre aurait été assez vive; l'incision transversale qui a donné issue à une grande quantité de pus aurait été douloureuse et on dut tenir vigoureusement le malade. Guérison rapide; cicatrice de 3 centimètres. Peu après *deuxième abcès* au niveau du tiers moyen de la face antérieure du bras droit; mêmes phénomènes. Cicatrice longitudinale de 2 centimètres.

1890. *Juillet.* — En travaillant à la cordonnerie, il s'est fait à la face postérieure de l'avant-bras droit, un peu au-dessus du poignet, une plaie en biseau de 3 centimètres de longueur ; il dit *n'avoir absolument rien senti.*

Etat actuel (5 *août*) (*fig.* 1, 2, 3). — *Tête* de volume à peu près moyen, régulière, à peu près symétrique, presque ronde. Le cuir chevelu présente en arrière trois cicatrices.

Face. — *Front* peu élevé, un peu fuyant avec des bosses frontales peu saillantes. *Arcades sourcilières* plutôt déprimées. Les *yeux* sont assez petits. *L'iris, bleu à droite, a une couleur jaune verdâtre à gauche.* Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité et le champ visuels sont normaux. *Oreilles longues*, écartées en haut, non ourlées, à lobule adhérent. *Nez* aquilin, régulier, légèrement dévié à droite. Les plis du front, les sillons naso-labiaux soit au repos, soit dans les mouvements provoqués, le rire, etc., sont égaux. Les angles de la mâchoire inférieure sont fortement accentués. *Bouche* d'habitude légèrement entr'ouverte, lèvres assez épaisses. Langue, amygdales, palais, rien à noter. Luette courte. Menton un peu carré.

Dentition. — Il existe, à chaque mâchoire, 14 dents de forme normale, d'assez bonne qualité, peu serrées, bien rangées. L'articulation est naturelle. Les gencives sont en bon état.

Cou assez long; circonférence, 28 centimètres. La glande thyroïde est peu volumineuse[1].

Thorax irrégulier, très développé dans ses deux tiers supérieurs, rétréci dans son tiers inférieur. Les muscles pectoraux sont volumineux; leur bord inférieur forme un relief prononcé. La région pectorale droite est plus relevée que la gauche. En avant la moitié droite est moins large que la gauche. La partie comprise entre le bord inférieur des régions pectorales et le rebord des fausses côtes, nettement convexe en avant et à gauche, est aplatie à droite. En arrière le thorax est notablement déformé. L'épaule gauche est un peu plus élevée et plus bombée que la droite. Il y a une dépression assez prononcée entre les deux omoplates. Très large en haut, la poitrine se rétrécit à partir de la pointe de ces os. *Le reste du tronc*

[1] En 1896, la circonférence du cou est de 34 centimètres.

et le bassin tout entier sont notablement arrêtés dans leur développement par rapport à la moitié supérieure du tronc.

La *colonne vertébrale* décrit une légère courbure à convexité



Fig. 1.

B... en 1888, à l'âge de treize ans et demi.

dirigée à droite au niveau de la partie moyenne de la région dorsale; elle est rectiligne dans la partie inférieure de cette région; enfin les deux dernières vertèbres dorsales et les vertèbres lombaires offrent une seconde convexité dirigée à gauche. Les apophyses épineuses des cinq dernières vertèbres dorsales et surtout les trois dernières sont assez saillantes. La peau qui les recouvre est épaissie par suite du frottement de la ceinture, ce qui contribue encore à augmenter la saillie.

Membres supérieurs. — On n'observe pas de déformation des bras

mais le gauche est mieux développé que le droit. Les saillies musculaires, malgré cette différence, se dessinent nettement : aucun indice d'atrophie. L'aisselle droite est le siège de *troubles trophiques*



Fig. 2.

B... à treize ans et demi.

cutanés. La peau est brunâtre, épaissie dans son ensemble, avec des papules larges, mamelonnées. Durant son séjour à la colonie de Vaucluse, il est arrivé maintes fois que ces lésions ont été plus accusées, en quelque sorte par poussées. Les papules grossissaient, étaient le siège d'une sécrétion légère, et se recouvraient de croûtes[1].

Les muscles deltoïdes, biceps et triceps brachiaux forment des

[1] Les lésions ont toujours été beaucoup plus étendues et beaucoup plus prononcées sur la paroi externe de l'aisselle que sur la paroi interne.

saillies très nettes. Ils sont plus volumineux à gauche (voir le *Tableau des mensurations des membres*). Les *coudes* sont déformés par suite d'une grande laxité des ligaments.



Fig. 3.

B... à treize ans et demi.

La flexion des coudes est normale, mais l'extension est exagérée. Les mouvements de rotation de l'avant-bras ne s'opèrent que par la rotation du bras et de l'épaule. Aucun traumatisme connu du père et de l'enfant n'explique cette laxité des ligaments aux deux coudes, qui est un peu plus prononcée à droite.

Il existe une *luxation de l'extrémité supérieure du radius* dont on ignore et la date et la cause.

L'état des MAINS mérite une description détaillée.

a) ***Main** gauche.* — La peau de toute la main, surtout des doigts,

est épaissie, rugueuse. On note sur la face dorsale deux cicatrices blanchâtres, consécutives à des *brûlures* volontaires qui n'ont occasionné aucune douleur, et qu'il s'était faites à la suite d'un pari, avec une cuillère chauffée au rouge. L'*index*, composé seulement de la phalange, se termine par une masse arrondie sur laquelle



Fig. 4.

s'implante un petit fragment d'ongle. Les mouvements de flexion et d'extension sont peu étendus. Le *médius* se termine par un fragment d'ongle un peu plus large que celui de l'index. La peau de ce doigt est le siège d'une induration cornée; la phalangette persiste. Les autres doigts n'offrent qu'une hypertrophie de la peau. Il n'y a pas d'atrophie des éminences thénar et hypothénar (*fig.* 4).

b) *Main droite.* — La peau est épaisse, principalement autour des articulations des doigts. Il existe un durillon au point de contact

du pouce avec la paume. L'extension des doigts est incomplète. Rétraction de la phalangette du pouce; mouvements très limités.

La peau des deux mains est le siège de *crevasses* assez profondes. L'écartement des doigts, des deux côtés, est nul. Au dynamomètre, 10 à gauche, 6 à droite (*fig.* 4 et 6).

Membres inférieurs. — Dans l'attitude habituelle, la *cuisse droite* est fléchie sur le bassin; elle forme un angle d'environ 45° et ne peut être étendue davantage. De plus, elle est dans l'adduction et croisée sur la cuisse gauche (*fig.* 2 et 3). L'adduction est limitée; la flexion complète est possible. Le *genou* ne semble pas déformé, mais les mouvements sont très circonscrits.

La jambe est fléchie à angle droit, c'est à peine si on peut lui faire décrire un angle de quelques degrés dans le sens de la flexion et de l'extension (*ankylose incomplète*). Le tendon d'Achille est rétracté et forme une corde saillante sous la peau. Le pied semble ankylosé. Il est dans l'extension presque complète, avec un léger degré d'abduction et de rotation en dedans. Il est possible de provoquer quelques mouvements très peu étendus dans tous les sens. Les mouvements des orteils sont faciles.

A *gauche*, les mouvements de la cuisse sont un peu limités dans le sens de l'extension et de l'abduction; l'extension complète de la jambe sur la cuisse est impossible; les mouvements du pied et des orteils ont peu d'amplitude.

Les *réflexes tendineux* paraissent normaux (?).

Organes génitaux. — Bourses pendantes; testicules égaux du volume d'une olive. Verge : longueur et circonférence, 5 centimètres; prépuce un peu long; gland découvrable; méat normal. Une demi-douzaine de poils de chaque côté de la racine de la verge. Rien à l'anus. Le corps est glabre.

Sensibilité spéciale. — La *vue*, l'*ouïe*, le *goût*, l'*odorat* sont conservés et au même degré des deux côtés.

Sensibilité générale. — a) *Sensibilité au contact.* Les yeux fermés, le malade reconnaît bien les objets que l'on place entre ses doigts, sur la face dorsale du carpe, de l'avant-bras et du bras. Il sent bien le contact de l'épingle que l'on passe sur le bras et l'avant-bras. Il ne sent pas le frottement du doigt dans la *zone analgésique*, ni le passage des poils d'un pinceau; il ne sent pas non plus le contact de gros objets appuyés avec pression sur sa main.

b) *Sensibilité à la douleur.* — 1° *Côté gauche : anesthésie* en gant remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet. Au niveau de l'avant-bras et du bras, le malade ne ressent qu'une piqûre lorsque les deux épingles sont à 15 millimètres l'une de l'autre.

2° *Côté droit.* — L'anesthésie occupe, à la main les mêmes régions sauf que l'éminence thénar a conservé la sensibilité. Sur l'avant-



bras et le bras, la sensibilité à la piqûre est normale et le malade distingue nettement la pointe de deux épingles à 5 millimètres d'écartement.

c) *Sensibilité thermique.* — Thermo-anesthésie de la *main gauche* dépassant l'analgésie de deux à trois travers de doigt. — Thermo-anesthésie de la *main droite* ayant la même distribution que l'analgésie, mais occupant *toute* la face palmaire.

B... a conservé la *notion de position* et se rend compte qu'on meut ses jointures, qu'on les tord mais sans éprouver de douleur.

Au niveau de la face interne du tiers supérieur du *bras droit* et de l'aisselle correspondante, *analgésie* très marquée et *thermo-anesthésie* avec conservation de la sensibilité tactile. — Dans les mêmes régions, *à gauche*, les différents modes de la sensibilité sont conservés[1].

La *physionomie* dénote un certain degré d'*intelligence*, mais offre en même temps une expression de *niaiserie* due au regard un peu vague et à la bouche presque toujours légèrement béante. — La *parole* est libre, le langage rarement grossier. B... est peu appliqué à l'*école* où très souvent il s'amuse et se dispute avec ses camarades. Son *caractère* est assez doux; il aime à jouer et ne se fâche presque jamais. Il est toujours dans les groupes où l'on se distrait, car, quoique ne marchant qu'avec des béquilles, il prend part à tous les jeux. Il a de la volonté, distingue le bien du mal. Il est toutefois facile à entraîner à mal faire, ment quelquefois en classe pour éviter des réprimandes ou couvrir ses camarades. Il est attentif, à condition d'être surveillé. Il aime assez les exercices de lecture, mais ne sait pas lire couramment, fait les trois premières opérations, commence à faire la division, mais ne peut réussir le plus simple problème. Il possède quelques notions d'histoire et de géographie; toutefois, il s'embrouille facilement et confond les termes et les dates. Sa tenue est en général bonne. Pas de mauvais instincts. Il a choisi le métier de cordonnier.

25 *septembre.* — B... travaille à l'atelier de cordonnerie. Il a laissé tomber un tranchet sur la partie inférieure de sa cuisse droite et s'est fait une plaie transversale qui a nécessité deux points de suture. Guérison en quelques jours (cicatrice de 3 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur).

1890. *Janvier.* — B... est taquin, grossier, paresseux, violent et frappe ses camarades avec ses béquilles.

Février. — Embarras gastrique bilieux. Un nouvel examen de la *sensibilité* donne les résultats suivants : anesthésie totale à la chaleur, au tact et à la douleur au niveau de la face dorsale des doigts,

[1] Nous avons rédigé tout cet état actuel d'après les notes recueillies par notre ancien interne de 1889, le Dr Robert SOREL (du Havre).

de la main et du poignet jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt au-dessus du pli articulaire. — A la *face* palmaire de la main, le malade reconnaît les objets qu'on lui fait saisir, mais il ne perçoit ni la chaleur, ni le froid, ni la douleur (*dissociation de la sensibilité*). Pas de troubles de la sensibilité sur le tronc et les membres inférieurs.

Avril. — Deux *furoncles* l'un au côté du mamelon droit, l'autre sur la cuisse droite.

Juillet. — *Puberté.* Le corps est toujours entièrement glabre, sauf quelques poils rares au pénil. Longueur et circonférence de la verge, 7 centimètres. Pas d'autres changements.

Août. — *Abcès* tubéreux de l'aisselle droite dû au frottement de la béquille.

Septembre. — *Brûlure* sur le dos de la main droite qui n'a occasionné aucune douleur.

1891. Rien de particulier durant cette année. B... préfère l'atelier à l'école. Il commence à faire des chaussures neuves. Son écriture (de la main gauche) est restée lisible, mais il sait à peine lire. Sa tenue laisse à désirer. Ses mains surtout sont sales, pleines de crevasses ; *il les brûle souvent exprès.* « Cela ne me fait aucun mal », dit-il. Souvent il s'amuse à marcher « à quatre pattes ». Il est bruyant en classe, disputeur, grossier, et se moque des réprimandes. Les malades plus âgés ou plus vicieux s'en servent pour faire de mauvais coups, voler du vin, par exemple, le battant s'il refuse.

1892. *Juillet.* — *Puberté.* Le visage, le tronc et les membres sont glabres. Quelques poils sous l'aisselle gauche. Mêmes lésions cutanées de l'aisselle droite dépourvue de poils. Poils abondants et longs à la partie inférieure du pénil. Les testicules ont la dimension d'un œuf de moineau. Verge : longueur, 11 centimètres ; circonférence, 9.

Décembre. — Même indiscipline à l'école. Tenue malpropre. Caractère irritable. Accès de colère, déchire ses livres, ses cahiers, casse les carreaux, ne cède jamais, ne veut pas reconnaître ses torts. Il est très souvent répréhensible.

1893. 14 *janvier.* — Avant-hier et hier matin, il est tombé de son lit sur le coude droit qui est le siège d'un œdème douloureux considérable, s'étendant à 10 centimètres au-dessus et au-dessous de l'interligne articulaire. Tout mouvement de l'articulation détermine une vive souffrance. La bourse séreuse olécranienne est enflammée. Le débridement au bistouri donne issue à du pus mélangé de sérosité. Pansement humide au sublimé ; gouttière.

15 *janvier.* — Insomnie, battements et élancements douloureux dans le coude. *Matin :* T. R. 38°. *Soir :* 39°.

16 *janvier.* — Même état. Persistance du gonflement et de la

douleur. T. R. 38°,7 et 39°,5. Bain de bras phéniqué pendant trois heures; même pansement.

17 *janvier*. — L'œdème a un peu diminué; il s'écoule peu de pus. T. R. 38°,5 et 39°.

18 *janvier*. — Le malade est chloroformé. On constate que les surfaces articulaires ne sont pas changées; que le sommet de l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée sont sur la même ligne; qu'il y a un *décollement épiphysaire* de l'extrémité inférieure de l'humérus. Pendant la réduction par traction il jaillit de la plaie un jet de sérosité purulente semblant venir de la jointure. Pansement humide; gouttière antérieure plâtrée sur le coude en demi-flexion avec une échancrure laissant libre l'olécrâne. T. R. 39° et 39°,2.

19 *janvier*. — La nuit a été bonne. L'œdème a diminué, T. R. 38° et 38°,4.

20 *janvier*. — Le coude est le siège de douleurs vives, lancinantes qui ont empêché l'enfant de dormir. La plaie mise à nu laisse voir un tissu lardacé, infiltré. Il est enlevé à la curette; la plaie saigne abondamment. On aperçoit dans le fond de la plaie l'olécrâne dénudé. Drainage à la gaze iodoformée, pansement humide, etc.

A partir de là, amélioration progressive, consolidation de la fracture, cicatrisation de la plaie. L'enfant sort de l'infirmerie dans les premiers jours d'avril.

Juillet. — B... est allé un peu plus fréquemment à l'école; on le retient trop volontiers à l'atelier de cordonnerie dont il est l'un des meilleurs apprentis. Amélioration en classe, mais durant les récréations, il se montre toujours indiscipliné.

Puberté. — Les modifications sont les suivantes: poils follets à la lèvre supérieure et au menton; poils longs, frisés à la racine des bourses; poils assez abondants à l'anus. Verge: longueur, 11 centimètres; circonférence, 10 centimètres. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

1894. *Janvier*. — B... aime toujours à se mêler aux jeux les plus bruyants, les plus actifs, malgré son infirmité. Il devient plus raisonnable, plus docile, et se soumet plus volontiers aux observations qu'on lui adresse. La tenue est meilleure.

Mars. — *Phlegmon* de la main droite; incision.

Juillet. — *Puberté*. Pas de changement notable.

La conduite de B... est bonne et nous lui promettons, s'il continue, de ne pas le faire passer aux aliénés à dix-huit ans comme c'est la règle, mais à vingt ans, dans la division des incurables de l'hospice. Afin de l'encourager, nous l'autorisons à aller travailler pendant une partie de la journée chez un cordonnier du dehors.

1895. *Janvier*. — *Puberté*. Poils fins à la lèvre supérieure et au menton. Quelques poils dans l'aisselle gauche. Fin duvet sur les

avant-bras, sur la face externe des cuisses et des jambes. Poils assez abondants sur la partie inférieure du pénil ; quelques poils sur les bourses. Verge : longueur, 11 centimètres ; circonférence, $10^{cm},5$.

B... continue à travailler chez un cordonnier du dehors, qui lui donne 6 francs par semaine.

1896. *Janvier.* — Mêmes *lésions trophiques* de l'aisselle droite. Même état de la *puberté*, si ce n'est que la moustache se dessine davantage.

Mars-avril. — Bis... s'est notablement amélioré au point de vue intellectuel. Sa conduite ne laisse rien à désirer. Il continue à travailler au dehors chez un cordonnier du voisinage. Pour ces raisons, au lieu de le faire passer à dix-huit ans dans l'une des sections du quartier des aliénés, nous l'avons gardé jusqu'à ce jour (vingt ans), afin d'obtenir son placement, justifié par ses infirmités et sa maladie, dans l'une des divisions de l'hospice. L'autorisation étant arrivée, nous avons procédé à un dernier examen, dont nous ne relèverons que les points principaux.

La différence entre la partie supérieure du thorax et la partie inférieure persiste, et il en est de même de l'*arrêt de développement* du reste du tronc (*fig.* 29). Les mesures suivantes en donnent une idée.

Circonférence	du thorax au niveau des aisselles. . .	89 cent.
	(dont 47 cent. à gauche et 42 à droite).	
—	au niveau des mamelons, à l'expiration.	84 —
—	au niveau des flancs	
—	du bassin à sa partie moyenne	77 —

Les *fonctions digestives*, — sauf une constipation habituelle, — *respiratoires* et *circulatoires* s'exécutent régulièrement.

Membres supérieurs. — 1° Ils ont tous les deux une attitude naturelle, sauf la *difformité* des coudes, due à la laxité des ligaments, ce qui fait que les avant-bras se portent dans l'extension forcée et que la région antérieure du coude est tendue et convexe.

A DROITE, légère raideur de l'épaule et craquements. Le malade exécute tous les mouvements.

Dans son ensemble, la *main* est inclinée sur le bord cubital ; elle est un peu aplatie. Les éminences thénar et hypothénar sont un peu atrophiées, ce qui est dû non à une dégénération graisseuse, mais à un arrêt de développement. Les doigts sont infléchis, portés en dehors. Le premier métacarpien est relevé sur le dos de la main, et se trouve en quelque sorte enfoncé vers la paume de la main, par rapport à la phalange du *pouce* qui a une situation normale. La phalangette présente une flexion à angle droit sur la phalange. Cette attitude est permanente (*fig.* 4 et 6). En redres-

sant la phalangette, on produit un bruit sec, et dès qu'on retire son propre doigt, immédiatement la phalangette reprend avec le même qruit sa position à angle droit, à l'instar d'un *ressort*. L'*index* et le



Fig. 5.

médius sont recourbés dans la demi-flexion ; l'*annulaire* est un peu moins recourbé ; l'*auriculaire* est presque droit. Le malade ne peut pas relever ses doigts jusqu'à la ligne droite ; il peut les fléchir jusque sur la paume de la main, sauf l'auriculaire qui en reste très écarté, en conservant la demi-flexion, ce qui doit être attribué à ce qu'il y a plusieurs années il s'est fait au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne (face palmaire) une plaie avec un tranchet.

Les *doigts sont boudinés ;* les ongles sont réguliers. La peau est épaissie sur le dos du métacarpe et sur la face dorsale des doigts ; elle est en outre légèrement rouge. Il existe une induration pro-

fessionnelle de la moitié radiale de l'index, et un durillon à la face palmaire, sur la moitié inférieure du deuxième métacarpien. On arrive à redresser les doigts, ce que ne peut faire le malade, mais avec une certaine résistance.

A GAUCHE, les mouvements de l'épaule et du coude sont libres; parfois, il y a des craquements.

Main. — Les doigts sont plus qu'à demi fléchis sur la paume de la main, et dans leur totalité portés vers le bord cubital, tandis que le métacarpe est incliné vers le bord radial (*fig.* 4 et 6). Tous sont



Fig. 6.

plus ou moins déformés. La phalange du *pouce* est presque à angle droit sur le premier métacarpien et la phalangette est relevée à angle droit sur la phalange. On ne peut complètement ni redresser le pouce, ni fléchir la phalangette; par conséquent, les mouvements de flexion et d'extension sont limités. L'*index* a la forme d'un moignon boudiné terminé par une sorte de cône bas (un centimètre et demi au plus), formé par la peau très épaissie, et terminé par un tout petit fragment d'ongle. *L'os de la phalange seul existe.* Les mouvements provoqués sont très limités, et encore plus les mouvements spontanés. Le *médius* est composé d'une phalange et d'une phalangine bien développées, d'une phalangette raccourcie. Les mouvements provoqués sont presque complets dans l'articulation métacarpo-phalangienne, limités dans l'articulation phalango-phalanginienne, nuls dans la dernière articulation. La phalange a 5 centimètres de longueur, la phalangine 4 centimètres, et la phalangette à peine un centimètre et demi. Celle-ci est légèrement

fléchie et portée vers le pouce. Elle se termine par un ongle déformé, épais de 3 à 5 millimètres. Toute la peau de la phalangette, sauf sur la face externe, est épaissie, et le siège de fissures et même de crevasses. L'*annulaire* peut être fléchi complètement, mais non étendu. Les articulations sont assez roides. Tandis que les doigts précédents n'ont pas de mouvements spontanés de latéralité, ils existent à l'*auriculaire*, dont l'articulation métacarpienne est libre, et les autres articulations un peu roides. Les deuxième, troisième et quatrième doigts sont plus volumineux au niveau de la jointure de la phalangine avec la phalangette qu'au niveau de l'articulation phalango-métacarpienne (les doigts de la *main droite* sont bien moins cylindriques). Les productions épidermiques prédominent sur le deuxième, et principalement sur le quatrième doigt. Sur les autres doigts et à la paume de la main, les épaississements paraissent dus à la profession. Très souvent, le pouce, passant au-dessous du moignon de l'index, vient s'appuyer sur la phalangine du médius.

Le malade prétend qu'il fatigue davantage de la main droite, bien qu'il s'en serve moins que de l'autre : « J'écris et je fais tout de la main gauche, » dit-il. Avant son entrée à Vaucluse, quand il n'avait pas de béquilles, il marchait sur les mains. Il s'appuyait principalement sur les articulations phalango-phalanginiennes. De là, des épaississements anciens de la peau qui s'étendent jusqu'aux articulations des phalanges avec le métacarpe. A la colonie de Vaucluse, il lui arrivait assez souvent de marcher sur les mains. Ici, il ne le fait qu'en jouant ou lorsque ses camarades lui cachent ses béquilles.

B... rappelle qu'autrefois les doigts des deux mains étaient placés en crochets. Ils se sont allongés progressivement. Cet allongement a commencé avant l'entrée à Bicêtre et est allé en augmentant.

Les mensurations suivantes donnent une idée des différences qui existent entre les doigts des deux mains.

			DROIT	GAUCHE
			c.	c.
Circonférence	du pouce à sa racine.		8,05	9
—	au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne		7	8
—	de l'index à sa racine		7	8
—	au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne		7,02	8,02
—	du médius à sa racine.		7,02	7,08
—	—	à la 2e articulation . .	8	8,05
—	—	à la 3e jointure. . . .	6,02	8
—	de l'annulaire à sa racine . . .		7,02	7,02
—	—	à sa 2e articulation.	7,05	8
—	—	à sa 3e —	6,05	6,05

		DROIT	GAUCHE
		—	—
		c.	c.
Circonférence de l'auriculaire	à sa racine	7,02	7,02
— —	à sa 2e articulation .	7,05	7,
— —	à sa 3e —	5,05	5,05

Puberté. — Fine moustache blonde; quelques poils sur le menton, rien aux joues. Poils blonds, assez longs, moyennement abondants sous l'aisselle gauche. Quelques poils seulement en bas de l'aisselle droite, là où ne porte pas la béquille[1]. Poils peu nombreux sur la face postérieure des avant-bras. Poitrine et dos glabres. Poils châtains, longs, assez nombreux sur le pénil et à la racine du pénis; ils n'envahissent pas les aines et ne remontent pas vers l'ombilic. Bourses pendantes. Testicules inégaux : le gauche a le volume d'un œuf de pigeon, le droit est un peu plus petit. La longueur et la circonférence de la verge sont de 10 centimètres. Poils longs assez abondants autour de l'anus et dans le pli interfessier et au périnée. Quelques poils fins sur les cuisses et sur les jambes, notamment à la face externe. Les poils semblent un peu plus abondants sur les membres du côté droit, paralysés, que sur le gauche.

Membres inférieurs. — Au lit, le malade repose d'habitude sur le côté droit, la cuisse de ce côté en adduction croisant la gauche au-dessus du genou.

Côté droit. — Rigidité assez prononcée de la hanche : l'extension se fait jusqu'à l'angle droit; la flexion est très limitée; l'abduction est à peu près impossible; l'abduction habituelle n'est pas modifiable. Il y a donc une ankylose, mais incomplète, de la jointure. La jambe est d'ordinaire à angle droit sur la cuisse. L'extension est pour ainsi dire nulle et la flexion très limitée. Le genou, ankylosé, n'est pas déformé. Il y a une rétraction très prononcée des tendons des muscles du jarret des deux côtés et du muscle tenseur du fascia lata.

L'articulation du cou-de-pied est très rigide. Les mouvements d'extension et de flexion sont nuls, ceux d'abduction et d'adduction très circonscrits. Le malade élève un peu la jambe, la porte légèrement en dehors, davantage en dedans. Le pied, légèrement excavé, offre l'attitude du pied bot varus équin. Tous les orteils sont dirigés en dehors; l'écartement est en quelque sorte plus prononcé pour le gros orteil, étendu spasmodiquement sur le dos du pied. Les mouvements provoqués des jointures de tous les orteils se font facilement. La flexion spontanée du gros orteil est très bornée; le mouvement d'extension exagéré. Les mouvements spontanés des

[1] Cette aisselle offre les mêmes lésions trophiques que celles qui ont été décrites précédemment.

autres orteils sont à peu près normaux (rétraction du fléchisseur du deuxième orteil qui est déformé).

Côté gauche. — Roideur assez prononcée de la hanche. Flexion jusqu'à angle droit; extension incomplète : il n'est pas possible de coller la cuisse sur le lit; abduction presque nulle; adduction assez étendue. Contracture très prononcée des adducteurs.

Rigidité moyenne du genou; flexion presque totale, extension imparfaite. Mouvements de latéralité très limités. B... soulève la jambe, la plie, la porte en dehors et en dedans, mais tout cela d'une façon imparfaite. Les articulations métatarso-phalangiennes sont rigides, les autres articulations des orteils sont libres.

Le gros orteil est étendu sur la face dorsale du pied (contracture). Les mouvements spontanés sont assez étendus. Les ongles sont réguliers. Le pied est plat.

Dans la *station verticale* qui, comme la marche, n'est possible qu'avec des béquilles, la jambe gauche est un peu fléchie, portée en dedans et le talon est un peu relevé. La cuisse droite croise la gauche au-dessus de son genou et la jambe droite croise la gauche au-dessous de son genou, de telle sorte que le genou gauche est encadré dans le jarret droit. Le pied droit est vertical et ne repose sur le sol que par la pointe du gros orteil. Dans la *marche*, B... avance ses béquilles simultanément, les membres inférieurs conservant leur attitude de la station verticale, le tronc repose sur le gros orteil droit et sur les deux tiers antérieurs de la plante du pied gauche. Les béquilles fixées, il porte en masse le train postérieur en avant, le pied gauche frottant sur le sol.

Sensibilité spéciale, normale et égale des deux côtés. L'examen complet des yeux, pratiqué par notre ami le Dr KŒNIG, n'a décelé aucune lésion. — Il en est de même de la *sensibilité des muqueuses*.

Sensibilité générale. — Elle est conservée sur la face, au cou, sur le tronc et les membres inférieurs. Toutefois B... prétend que le froid (projection d'eau) est plus vif à droite qu'à gauche; que d'habitude le membre inférieur gauche est toujours assez chaud tandis que le droit est toujours froid. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas perçu. Le *réflexe rotulien*, conservé à gauche, est très affaibli à droite. Pas de trépidation spinale. A ce moment de l'examen on observe un léger tremblotement des muscles de la jambe. — La *notion de position* est normale.

En ce qui concerne les *membres supérieurs*, les divers modes de la sensibilité sont conservés des deux côtés de l'épaule jusqu'au pli du coude en avant, jusqu'à l'olécrâne en arrière. Au-dessous on note les particularités suivantes :

Anesthésie du pli du coude à l'extrémité des doigts; *thermo-anesthésie* dans les mêmes régions; *analgésie* depuis l'extrémité des doigts jusqu'à cinq centimètres *au-dessous* du pli du coude et de

l'olécrâne. Les piqûres d'épingle ont déterminé autant de petites papules arrondies de trois à quatre millimètres de diamètre (urticaire artificielle) réunies par une bande érythémateuse. Ces *troubles vaso-moteurs* sont plus accusés à gauche qu'à droite.

La *force musculaire* est notablement plus faible à droite (côté paralysé) qu'à gauche ainsi que le montrent les expériences dynamométriques faites durant cinq jours avec le même instrument.

	MATIN		SOIR	
	DROIT	GAUCHE	DROIT	GAUCHE
Premier jour	14	25	16	28
Deuxième jour	14	25	15	29
Troisième jour	16	26	16	29
Quatrième jour	15	25	14	29
Cinquième jour	25	24	15	29

La *température rectale*, prise pendant cinq jours matin et soir, a oscillé entre 36°,8 et 37°,5.

MENSURATIONS DE LA TÊTE	1888	1889	1890		1893	1894		1895		1896	
	JUILLET	JANVIER	JANVIER	JUILLET	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET	JANVIER	JUILLET
Circonférence horizontale maxima	53,5	53	54	54	55	55	55	55,4	55	55	55
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	36,5	36	35	36	36,1	36,2	36,3	36	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïde à la racine du nez.	37	37,5	37	37	38	38	38	38,2	38	38	38
Diamèt. antéro-postérieur maximum	18	18	18	18,2	19	19	19	19,5	19	19	19
Diamètre bi-auriculaire.	12,3	12	12,2	12,5	13,5	13,5	13,6	13,7	14	14	14
— bi-pariétal	14,5	14,6	15	14,5	15	15,4	15,4	15,5	15	15	15

		POIDS	TAILLE
1888	Juillet	27k,700	1m,28
1889	Janvier	27k,700	1m,28
	Juillet	28k,700	1m.28
1890	Janvier	31k,300	1m,31
	Juillet	33 k.	1m,325
1891	Janvier	33k,100	1m,345
	Juillet	33k,100	1m,345
1892	Janvier	33k,100	1m,35
	Juillet	35 k.	1m,37

		POIDS	TAILLE
1893	Janvier. . . .	40 k.	1m,41
	Juillet	42 k.	1m,45
1894	Janvier. . . .	50 k.	1m,50
	Juillet	50 k.	1m,50
1895	Janvier. . . .	50k,400	1m,50
	Juillet	50k,400	1m,50
1896	Janvier. . . .	48k,800	1m,50

MENSURATIONS DES MEMBRES SUPÉRIEURS	1888 D.	1888 G.	1896 D.	1896 G.
Circonfér. au niveau de l'aisselle.	22	23	29	30 1/2
— à 0m,10 au-dessus de l'olécrâne .	20	21	26	26
— à 0m,10 au-dessous de —	16	16	21 1/2	21 1/2
— au niveau du poignet.	15	16	17 1/2	17 1/2
— — du métacarpe	19	18,5	22	24
Diste de l'acromion à l'olécrâne	23	24	27,5	28,5
— de l'olécrâne à l'apoh. styl. du cubitus .	21	21	22	24
— du cubitus à l'extrémité du médius. .	15	14	18	17

MENSURATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS	1888 D.	1888 G.	1896 D.	1896 G.
Circonfér. au niveau de l'aine	32	35	40	43,5
— à 0m,10 au-dessus de la rotule . .	24	29,5	26	35
— à 0m,10 au-dessous	20	27	24,5	30,5
— au-dessus des malléoles	16	19	18	21
— à la partie moyenne du pied. . .	18	21	21,5	24,5
Diste de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne articulaire du genou.	31	34	37,5	40
Diste de cet interligne à la malléole externe.	31	32	38,5	40
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian.	15,5	15,5	17,5	17 [1]

Le malade dont nous venons de rapporter, peut-être trop longuement, l'histoire réunit en lui toute une série d'*accidents pathologiques* où le médecin, le chirurgien, le neurologiste ont chacun leur part.

I. — Dans les *antécédents héréditaires*, nous avons à mentionner les *excès de boisson* du père, le *suicide* d'un grand-oncle paternel, la mort par *congestion cérébrale* d'une grand'-tante, la *démence* chez une autre grand'tante, des *convulsions* chez sa mère, des *excès de boisson* chez son grand-père paternel et chez un oncle maternel ; enfin, la *consanguinité*.

[1] Ce qui doit tenir à l'attitude du pied.

II. — Bien qu'il faille être réservé sur l'influence des *impressions maternelles*, nous devons rappeler que, dans les premiers mois de la grossesse, la mère a été vivement frappée par la vue d'un mendiant atteint d'*hémiplégie* et que le père prétend que son fils a un bras et une jambe qui ressemblent à ceux du mendiant. Les *convulsions* survenues à trois reprises, vers deux ans et qui auraient duré chaque fois deux ou trois heures, nous paraissent expliquer d'ailleurs l'*hémiplégie* qui existe du côté droit, ainsi que la *paraplégie inférieure*. Si, d'après le père, on n'a pas remarqué de paralysie à la naissance, il n'y a plus de doute sur sa réalité, au retour de l'enfant de nourrice, à deux ans et demi; sa mère, en effet, a remarqué alors, que le *côté droit* de son enfant était *moins gros* et *plus faible* que le gauche, qu'il marchait en traînant la jambe droite et que les *mains étaient en crochet*.

III. — Nous croyons donc devoir rattacher aux convulsions, probablement symptomatiques d'une *sclérose cérébrale*, le premier groupe[1] d'accidents pathologiques observés chez B... et qui se sont traduits : *a*) par une *arriération intellectuelle; b*) par une hémiplégie du côté droit, par une *paralysie de la jambe gauche*, et enfin *c*) par l'*attitude des mains en crochet*.

IV. — L'*arriération intellectuelle* qui, au début, confinait à l'*imbécillité* est bien mise en relief par les certificats que nous avons reproduits et par les notes scolaires recueillies tant à la colonie de Vaucluse qu'à Bicêtre. Il s'y joignait une *perversion des instincts* assez prononcée, qui a paru s'exagérer par périodes durant lesquelles, entraîné par ses impulsions maladives ou cédant sans trop de résistance aux mauvais conseils d'enfants plus âgés, B... commettait de nombreux petits méfaits. Nous avons pu obtenir cependant, avec le temps, une amélioration assez sérieuse aussi bien sous le rapport intellectuel que sous le rapport moral. Si, à l'école, les progrès de B... ont été limités, en revanche, nous avons pu lui faire apprendre suffisamment pour en tirer profit, malgré son infirmité, le métier de cordonnier.

[1] L'enfant ayant été envoyé en nourrice trois ou quatre jours après sa naissance, nous n'avons pu savoir si certains accidents, comme la *laxité des ligaments* des coudes, était ou non congénitale.

V. — L'*hémiplégie* du côté droit qui prédomine au membre inférieur se complique d'une *paralysie du membre inférieur gauche*. Il semblerait donc que les régions motrices du cerveau, correspondant aux membres inférieurs auraient été plus atteintes que les régions qui correspondent aux membres supérieurs. Les mensurations des membres faites à différentes reprises et dont nous ne citons que les deux extrêmes (1888 et 1896) mettent bien en relief les différences qui existent entre les membres des deux côtés du corps et donnent une idée de leur croissance durant cette période de huit années.

L'*hémiplégie* s'accompagne en outre, comme d'habitude, d'un *arrêt de développement* de la moitié correspondante du tronc, la face et le crâne demeurant à peu près tout à fait indemnes, — d'*arthropathies*, de *rétractions musculaires* et *tendineuses* peu prononcées aux jointures du membre supérieur mais très accusées au membre inférieur où elles ont été aggravées par des traumatismes et des lésions de nature scrofuleuse (?).

Y a-t-il eu autrefois une *coxalgie* à droite, ainsi que le fait supposer la note provenant de l'hôpital des Enfants-Malades, on ne saurait l'admettre d'une façon absolue. En tout cas, aujourd'hui, la hanche droite n'offre aucune déformation[1]; elle est le siège de *rétractions musculaires et tendineuses*, qui restreignent considérablement les mouvements, et l'ensemble de ces lésions, qui répond aux *arthropathies des hémiplégiques*[2], est, sauf le degré plus accusé, le même que celui qu'on observe à la hanche gauche.

Quant à l'attitude de la jambe droite, à l'ankylose du genou, à la déformation du pied, elles diffèrent de ce qu'on note d'ordinaire dans l'hémiplégie, mais ces modifications sont évidemment dues au traumatisme subi par le genou, aux abcès qui se sont formés, aux opérations qui ont été pratiquées. Le *membre inférieur gauche*, dans son attitude générale,

[1] Cette opinion a été confirmée par notre collègue, M. le Dr CHAPUT, chirurgien de Bicêtre, qui a bien voulu examiner le malade au point de vue chirurgical.

[2] Bourneville. — *Etude sur les arthropathies consécutives à quelques maladies de la moelle et du cerveau* (Revue photogr. des hôpitaux, 1871, p. 9, 52, 67, etc.).

dans ses jointures, présente les symptômes habituels (craquements, rigidité, arrêt de développement, etc.) des membres frappés de paralysie. — Rappelons que l'arrêt de développement qui atteint les membres inférieurs, le droit plus que le gauche, a également intéressé le bassin et la partie la plus inférieure du thorax comme les *figures* 2, 3 et 4 permettent de le vérifier.

D'après le malade, qui a été soumis chaque année depuis son admission (1888) jusqu'à cette année à un traitement antiscrofuleux pendant l'hiver, à l'hydrothérapie durant l'été, les membres inférieurs, surtout le gauche, seraient devenus relativement plus agiles, les membres supérieurs se seraient fortifiés et l'*attitude en crochet* des mains aurait notablement diminué.

VI. — Nous nous bornerons, au *point de vue chirurgical*, à une simple énumération : *pouce à ressort*, *luxation de l'extrémité supérieure du radius*, *mutilations pathologiques* de deux doigts de la main gauche, *ankylose* et *attitude vicieuse* du genou droit, *rétractions* musculaires et tendineuses multiples.

VII. — Il nous reste maintenant à faire ressortir les points principaux d'une autre affection dont est atteint notre malade et qui paraît répondre à la *parésо-analgésie*, décrite par M. Morvan [1] et à laquelle on donne généralement son nom.

La *maladie de Morvan* et la *syringomyélie*, remises à jour dans ces dernières années, ont été l'objet, durant cette période, de nombreux travaux. Elles ont d'abord été étudiées séparément. Puis, divers auteurs ont soutenu que cette séparation n'était pas justifiée, que la *paréso-analgésie des extrémités supérieures* n'était qu'une variété clinique de la syringomyélie. MM. A. Joffroy et Achard, entre autres, se sont faits les défenseurs de cette théorie unitaire [2].

Au contraire, MM. Morvan, Charcot, Déjerine [3] et Bruhl [4],

[1] Morvan. — *Gaz. hebd.*, 1883, p. 580, 590, 627, 722; — 1887 (cas de Prouff), p. 249; — 1889 (cas de Prouff et Gombault), p. 308, etc., etc.

[2] Joffroy et Achard. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 juillet 1890, et *Archives de méd. expérim.*, 1890, p. 540.

[3] Déjerine. — *Soc. de biologie*, 5 juillet 1890, et *Médecine moderne*, 10 juillet 1890.

[4] Bruhl. — *Contribution à l'étude de la syringomyélie*, 1890, p. 72.

ont soutenu qu'il s'agissait là de deux maladies distinctes. M. Charcot a formulé son opinion dans une leçon faite en 1890, à la Salpêtrière, et a conclu en ces termes : « Il était opportun de vous parler de la *maladie de Morvan*, après nos dernières leçons sur la *syringomyélie*, car les deux affections ont certains traits de ressemblance et sont confondues à tort, selon moi, par quelques auteurs. »

Récemment, M. le professeur Grasset, dans une leçon très intéressante, a discuté minutieusement cette question et a conclu qu'il y avait lieu de distinguer la *paréso-analgésie à panaris des extrémités supérieures* de la *syringomyélie* [1].

Le cas qui précède nous paraît appartenir à la maladie de Morvan. Tout d'abord, les troubles de la sensibilité sont analogues à ceux qu'a décrits cet auteur. Notre malade a une *anesthésie*, une *analgésie*, une *thermo-anesthésie* des doigts, des mains, des avant-bras jusqu'au voisinage du pli du coude. Toutefois, la *région analgésique* est un peu moins étendue, en ce sens qu'au-dessous du pli du coude et au-dessous de l'olécrâne, c'est-à-dire à la partie tout à fait supérieure de l'avant-bras, et cela des deux côtés, il y a une zone d'environ cinq centimètres de hauteur au niveau de laquelle *la sensibilité à la douleur persiste*, alors que la sensibilité tactile, au froid, à la chaleur est abolie. Nous devons faire remarquer que les troubles de la sensibilité semblent quelquefois varier. C'est ainsi qu'en février 1890 nous avons noté une *dissociation partielle de la sensibilité*. Ce ne serait pas là une exception. « Aujourd'hui, dit M. Grasset, il est démontré par des faits nombreux que dans la maladie de Morvan la dissociation de la sensibilité peut parfaitement exister. » (*Loc. cit.*, p. 194.)

Les *troubles trophiques* sont aussi très nets. Le malade a eu deux *panaris* graves, absolument indolores ; il y a eu une élimination d'une phalangette et d'une phalangine. De plus, il présente un épaississement de la peau, des crevasses, une

[1] Grasset. — *Leçons de clinique médicale*, 11e série, Montpellier et Paris, 1896. — Nous ne pouvons pas, à propos de cette observation, refaire l'historique de ces deux maladies. Nous renvoyons le lecteur à la thèse si consciencieuse de M. Bruhl et à la leçon toute récente de M. le professeur J. Grasset.

sorte d'hypertrophie des doigts. Signalons aussi l'*attitude des mains en crochet* et une atrophie, à droite, des éminences thénar et hypothénar.

Nous avons eu la bonne fortune de montrer notre malade à MM. Morvan, Prouff et Déjerine au cours d'une visite qu'ils faisaient dans notre service et ils ont confirmé notre diagnostic.

Notre ami, M. le Dr Régnier, très expert dans les questions d'électrothérapie, a bien voulu examiner notre malade et nous a remis à son sujet la note ci-après :

EXAMEN ÉLECTRO-DIAGNOSTIQUE

Du cas précédent par le Dr Régnier.

Pour mesurer la diminution de la sensibilité, comme nous n'avions pas à notre disposition de *pont différentiel* de Boudet de Paris ni de machine statique, nous avons adopté la technique suivante : une électrode indifférente constituée par une large plaque de zinc de 8×12 centimètres est appliquée sur la colonne vertébrale, à la région cervicale pour l'examen des membres supérieurs, à la région lombaire pour les membres inférieurs, l'électrode active est constituée par un tampon de charbon recouvert de peau de chamois de 2 centimètres de diamètre. Nous déterminons d'abord dans les régions saines la limite minima à laquelle le malade a la sensation du passage du courant. Elle correspond au 0 de l'appareil portatif à chariot de Chardin. La division de la règle est en centimètres. Pour l'appréciation des modifications de la contractilité musculaire nous avons suivi la méthode de Erb.

MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE

A. *Sensibilité. — Main. — Face dorsale.*

Normale au niveau du 5e métacarpien.
Affaiblie au niveau du 4e = 1 division de la règle de l'appareil.

—	3^e^	= 1	—	—
—	2^e^	= 3/4	—	—
—	1er	= 1/2	—	—

Face palmaire.

1er métacarpien affaiblissement	= 1 division.		
2e métacarpien	= 1/2 division.		
3e —	= 1/2	—	
4e —	= 1/4	—	
5e —	= 1/4	—	

Avant-bras. — La diminution de la sensibilité = 1 division, et correspond exactement aux limites de l'anesthésie à la piqûre sur la face externe. Sur la face interne, la diminution = 1 division correspond à la zone d'anesthésie.

B. *Contractilité musculaire. Exploration faradique et galvanique.* — La contractilité est normale aux muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main.

MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE

Pied. — Sensibilité très diminuée au niveau du bord externe, = 2 divisions 1/2; il en est de même sur la face interne et sur la face dorsale, ainsi qu'à la plante du pied. Dans cette dernière région la diminution est surtout prononcée au niveau de la tête des métatarsiens et du talon; diminution moindre = 1/2 division, au niveau du corps des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Il existe de chaque côté du genou une zone de diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Jambe. — Diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 dans la moitié inférieure de la zone d'anesthésie.

C. *Contractilité musculaire. Exploration faradique.* — La contractilité est normale dans les muscles fessiers ainsi que dans ceux de la cuisse, de la jambe et du pied.

Exploration galvanique. — Pas de modifications du caractère de la contraction N F C > P F C > P O C. N O C n'est pas recherchée à cause de la douleur provoquée par le passage du courant.

La contraction musculaire est obtenue avec 5 milliampères.

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT

A. *Sensibilité.* — *Main.* — *Face externe :*

5e métacarpien, diminution		= 1	division.
4e —	—	= 1	—
3e —	—	= 1/4	—
2e —	—	= 1 3/4	—
1er —	—	= 1 1/4	—

Face interne.

1er	métacarpien-	diminution	= 1 1/2	division.
2e	—	—	= 1 1/2	—
3e	—	—	= 1 3/4	—
4e	—	—	= 1 1/4	—
5e	—	—	= 1	—

Avant-bras. — La diminution = 1 division sur la face externe du poignet jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'articulation ; la zone de diminution = 1/2 division, s'étend jusqu'à 1 centimètre au-dessous du pli du coude. Sur la face interne la diminution de la sensibilité est moindre = 1/2 division, elle s'étend jusqu'au pli du coude.

B. *Contractilité musculaire. Exploration faradique.* — La contractilité est normale dans les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main.

Exploration galvanique. — Contractilité normale.

MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

A. *Sensibilité.* — *Pied.* — Sensibilité diminuée au niveau du gros orteil = 1 division, normale au niveau de la partie moyenne des 2e, 3e et 4e métatarsiens, diminuée au niveau des articulations métatarso-phalangiennes = 1 division. Au niveau du talon la diminution = 1 division 3/4. La diminution = 1 division sur le bord externe du pied jusqu'au niveau de la malléole externe.

Sur la face dorsale la diminution = 1 division jusqu'au niveau du pli articulaire de l'articulation du cou-de-pied. Sur le bord interne diminution = 1/2 division.

Jambe. — Diminution de la sensibilité = 1 division dans toute la moitié inférieure. Il y a également deux zones de diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 sur la face interne et la face externe du genou, sur une étendue égale à la largeur d'une pièce de cinq francs. — A la cuisse, la sensibilité est normale.

B. *Contractilité. Exploration faradique.* — La contractilité est diminuée dans les muscles péroniers latéraux.

Exploration galvanique. — Dans les muscles où l'excitabilité faradique est diminuée, il existe également une modification de la réaction galvanique N F C = N O C. C'est le premier degré de la réaction de dégénérescence d'Erb.

En resumé, l'examen électrique démontre que tant au point de vue de la sensibilité que de la contractilité, les signes sont plus prononcés à droite qu'à gauche aux deux membres. Sur le tronc et la face, la sensibilité et la contractilité n'ont pas subi de modifications.

II.

Idiotie symptomatique d'atrophie cérébrale ; pachyméningite ; kyste de la dure-mère ;

PAR BOURNEVILLE ET METTETAL.

SOMMAIRE. — *Père et mère sans particularités. — Grand'père maternel mort d'excès de boisson. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 4 ans. — Gémellarité. — Un frère, convulsions. — Émotions au neuvième mois de la grossesse. — Asphyxie prolongée à la naissance. — Convulsions à l'âge de 3 jours limitées au côté droit. — Cécité complète. — Tuberculose. — Ophthalmie. — Cachexie. — Eschares. — Mort.*
AUTOPSIE. — *Tuberculisation et œdème des poumons. — Tuberculose intestinale. — Atrophie du cerveau surtout des lobes frontaux et occipitaux. — Développement exagéré du cervelet. — Pachyméningite. — Kyste de la dure-mère.*

Maq... (Jeanne), née à la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne) le 24 juillet 1892, est entrée à la Fondation Vallée le 13 juin 1895.

ANTÉCÉDENTS. (*Renseignements fournis par sa mère*). — *Père*, 31 ans, employé de chemin de fer, n'a eu ni convulsions, ni fièvre typhoïde, ni rhumatismes, ni dartres, ni syphilis. Très sobre, mais fume beaucoup, ni migraines, ni traumatismes céphaliques. — [*Père*, 68 ans, se porte bien, ne boit ni ne fume. — *Mère*, pas de renseignements. — Aucun détail sur les *grands-parents maternels* et *paternels*. — Deux *oncles paternels* morts à 78 et à 58 ans, tous deux d'une fluxion de poitrine; une *tante paternelle*, qu'on n'a pas connue. — Un *oncle maternel*, sobre, sans symptômes nerveux. — Deux *sœurs*, sans tare nerveuse. — Dans le *reste de la famille*, ni idiots, ni épileptiques, ni paralytiques ; pas de difformes, de bègues et de sourds-muets ; ni suicides, ni criminels, ni prostituées].

Mère, 27 ans, sans profession, n'a pas eu de convulsions,

pas de fièvre typhoïde, de rhumatismes, de dartres, de syphilis, de traumatismes céphaliques. — [*Père*, 64 ans, mécanicien, fait des *excès de boisson* et de tabac ; nerveux, emporté, mais n'aurait pas d'attaques. — *Mère*, 63 ans, sobre, très vive de caractère. — *Grand-père* et *grand'mère paternels*, inconnus. — *Grand-père maternel*, mort d'accident de voiture, était sobre et peu nerveux. — *Grand'mère maternelle*, sobre, un peu nerveuse. — *Oncles* et *tantes maternels*, pas de renseignements. — Ni *frères*, ni *sœurs*. — Dans le *reste de la famille*, rien de particulier, pas d'aliénés, etc...]

Pas de consanguinité. — Quatre ans de différence d'âge.

4 *enfants* : 1° la malade ; — 2° *garçon* (20 mois), très nerveux, très éveillé, se porte bien ; a eu de petites *convulsions* intermittentes et localisées à la face de 2 à 6 mois ; — 3° et 4° deux *jumelles* (1) qui ont trois mois, se portent bien et ne sont pas nerveuses.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, pas de misère, bonne entente entre les deux époux. — *Grossesse* : ni chutes, ni coups, mais une *peur* très forte en voyant un accès d'épilepsie, 15 jours avant l'accouchement. L'épileptique, dans sa chute, l'a saisie, elle est tombée, a perdu connaissance, n'est revenue à elle qu'au bout d'une heure et a tremblé le reste de la journée. Pas de syncopes, d'attaques de nerfs, d'albuminurie, d'alcool, d'éclampsie. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme ; cependant le travail, non pénible, a duré 25 heures (présentation du sommet). La tête est demeurée 4 heures au passage. Les eaux étaient en très petite quantité. (Il en a été de même à ses autres grossesses). — *A la naissance*, l'enfant était *asphyxiée*, elle serait *restée noire pendant une heure*, elle aurait beaucoup souffert bien qu'il n'y eut pas de circulaire du cordon. — Allaitement au biberon avec du lait de vache. — Première dent à 18 mois ; actuellement la dentition n'est pas encore complète.

Les *convulsions* auraient commencé le 3e jour après la naissance. Aussitôt avant, l'enfant aurait poussé un « cri de bête. » La mère dit que les convulsions étaient *limitées au bras droit*, l'autre bras n'avait rien, les jambes n'étaient pas raides. Les convulsions durèrent une demi-heure ; elles se reproduisirent plusieurs fois dans la même journée. Les yeux

(1) On ne connaît pas de cas de *gémellarité* dans la famille du père, mais l'arrière grand'mère maternelle de l'enfant a eu deux jumeaux.

étaient retournés, la langue relevée contre le palais. La malade criait au milieu de ses convulsions, qui ont persisté jusqu'à l'entrée de l'enfant à la Fondation Vallée, avec les mêmes caractères. Il s'y est ajouté des *accès de cris* et de *colères* qui persistent.

Huit jours après la naissance, on s'est aperçu que l'enfant *ne voyait pas*. Depuis les premiers temps de la vie, on a remarqué aussi qu'elle portait fréquemment la main au front comme pour en chasser quelque chose. — Elle tétait souvent sa langue. — Grincements de dents à partir de leur apparition, — La tête, qu'elle *se cognait contre le lit*, paraissait à cette époque proportionnellement plus grosse qu'elle ne l'est maintenant. La *fontanelle* n'est pas encore fermée. — L'enfant ne se sert ni du bras droit, ni du gauche pour tenir les objets. — Jamais depuis la naissance le *sommeil* n'a été calme.

ÉTAT ACTUEL (21 *juin* 1895). — L'enfant est très pâle et a l'attitude d'un enfant souffrant. Ses lèvres sont très décolorées, ainsi que ses conjonctives.

Tête. Cheveux châtains, abondants bien plantés, avec un tourbillon au milieu. — *Crâne* arrondi, à diamètre transversal exagéré, légèrement hydrocéphale. Le front présente une hauteur médiane de 6 cent.; il est bombé et les parties latérales ne sont pas masquées par les cheveux. *Visage* rond sans cicatrices. Arcades sourcilières normales et symétriques. Sourcils très peu abondants, assez bien plantés et de coloration châtain-clair. Paupières régulières et mobiles. Fentes palpébrales de dimension moyenne. — Cils longs, châtain foncé, assez bien fournis. *Yeux* bleus, mobiles dans toutes les directions; ni strabisme, ni exophtalmie ; pas de paralysie, de nystagmus. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière et tout réflexe oculaire est aboli. *La cécité est complète*. — Le *nez* est légèrement relevé, son extrémité est peu large, sa direction normale. L'odorat semble conservé (?). Pommettes régulières. Sur la joue droite, légère plaque violacée qui repose sur une induration. Pas de ganglions sous-maxillaires du côté correspondant. — *Bouche* petite ; lèvres épaisses, décolorées; commissures normales sans déviation. — Les dents sont assez bien plantées ; pas de stries. — La langue est normale. Les amygdales sont un peu grosses. — Le menton est rond et symétrique. — *Oreilles* grandes, bien ourlées, lobule à demi adhérent. L'enfant entend un peu ; quand on prononce son nom, elle cherche de quel côté on l'appelle. — Elle ne parle pas et pousse quelques gémissements.

Dentition. — Les maxillaires présentent un assez large développement de l'arcade alvéolaire. La voûte palatine offre une légère atrésie. L'évolution dentaire est retardée. L'enfant possède bien ses 20 dents temporaires, mais les dernières molaires ne font encore qu'une légère saillie sur le rebord gingival n'ayant pas achevé leur complète éruption. Les dents de la région antérieure en haut et en bas sont de volume très réduit, tandis que les canines ont absolument le type de dents de chien par le développement exagéré de leurs tubercules. Les tubercules des molaires sont usés par le frottement fréquent et très accentué des molaires correspondantes, l'enfant ayant l'habitude constante de *grincer des dents*

Cou, pas de goitre, ni de ganglions ; circonférence : 30 centimètres.

Membres supérieurs. — Bien conformés. Le bras droit présente une raideur que l'on ne retrouve pas au bras gauche. De ce côté, on ne peut pas étendre complètement l'avant-bras sur le bras. La motilité spontanée, normale à gauche, est à peu près abolie à droite, où les doigts sont contracturés et fléchis dans la paume de la main. Du côté gauche, les mouvements spontanés sont conservés, et les doigts ont gardé leur motilité. L'enfant ne se ronge pas les ongles.

Membres inférieurs. — Le membre inférieur gauche est plus long que le membre inférieur du côté droit. Les mouvements de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde droite paraissent très douloureux. L'enfant dessine des mouvements nets de défense. On ne constate pas de ganglions dans les aines. — A gauche, on peut fléchir successivement la cuisse sur l'abdomen, la jambe sur la cuisse. A droite, ces mouvements se font aussi mais entraînent de la douleur. On trouve des nodosités, au niveau desquelles la pression est très douloureuse.

La pression des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales et premières dorsales est très douloureuse et l'enfant pousse des cris. Elle ne peut tenir sa tête droite ; elle se renverse d'elle-même un peu dans tous les sens surtout en arrière.

Thorax. — *Cœur* normal. — *Poumons.* On entend des sibilances au niveau des deux sommets et une respiration extrêmement rude.

Abdomen. — Foie et rate normaux. — La pression dans la fosse iliaque gauche est très douloureuse et arrache des cris à l'enfant. — Appétit médiocre, l'enfant ne prend que des panades et du lait; elle ne s'aide en rien; selles régulières mais diarrhéiques. Gâtisme. (*Fig.* 7).

Mensurations des membres (1).

	1895		1896 (Mars)	
	Gauch.	Droit.	Gauch.	Droit.
Circonférence au niveau de l'aisselle....	18	17	16 5	17 5
— à 0, 5 au-dessus de l'olécr.	14	14	11	11 3
— à 0, 5 au-dessous de —	14	13 5	11	11 2
— au niveau du poignet	10	10	8 7	8 7
— — métacarpe...	14	13	11	11
Distance de l'acromion à l'olécrâne.......	15	14	15	15
— l'olécrâne au cubitus.........	12	11	10 8	10 6
— du cubitus au bout du médius..	19	18	18	19
Circonférence au niveau de l'aine........	25	25	19 2	18
— à 0, 5 au-dessus de la rotule	18	17	13	13
— à 0,5 au-dessous —	16	15	11 1/2	11 1/2
— au niveau du cou de pied..	13	13	10 7	10 7
— à la partie moyenne du pied..................................	13	13	11 2	11 2
Distance de l'épine iliaque A S au genou.	17	17	18	19 2
— du genou à la malléole externe.	19	19	14 8	15
— de la malléole externe à l'extrémité du médius.......................	10	10	10 2	10 2
Longueur du pied.......................	12	10	10 7	11

Organes génitaux. — Grandes lèvres bien développées, petites lèvres triangulaires. Hymen naturel. Rien à la fourchette. — *Région anale* normale; pas d'hémorrhoïdes.

Sensibilité générale conservée, mais diminuée. — L'enfant ne peut se tenir debout; tout le côté droit est plus paralysé.

La nuit le sommeil de l'enfant n'est pas régulier. Parfois, elle dort toute la nuit, et toute la journée pousse un cri, toujours le même, monotone et criard; dans l'intervalle de ces plaintes elle pleure continuellement. — D'autres fois, au contraire, elle dort le jour, et c'est la nuit qu'elle pleure, crie et se plaint. — La *température rectale*, prise matin et soir pendant les cinq premiers jours de l'admission, a oscillé entre 37°, 2 et 36°, 6.

(1) Malgré le soin apporté à la prise de ces mensurations, il y a toujours de petites incorrections, car elle ne s'opère point par le même interne.



Traitement. — Sirop de raifort iodé, poudre de viande et bains salés.

26 *juillet.* — On remarque que l'enfant rejette son lait aussitôt après l'avoir pris. Elle crie et se plaint toute la journée. La température n'était cependant que de 36°, 36° 8. Mais par trois fois dans la nuit l'enfant a été prise d'un frisson avec refroidissement accentué. On eut de grandes difficultés à la réchauffer, et sitôt revenue à elle, elle se mit à crier.



Fig. 7.

6 *juillet.* — La malade n'a pas de température ; le corps et les extrémités sont froids. Pas d'éruption sur le corps, pas d'angine. La respiration est embarrassée et soufflante des deux côtés. On trouve de gros râles muqueux à droite et à gauche. La sonorité du poumon est légèrement diminuée. Dans la soirée, le corps de l'enfant se réchauffe, sans qu'il y ait de fièvre. Les selles sont régulières.

Traitement: cataplasmes sinapisés et plusieurs fois par jour, frictions avec de l'essence de térébenthine ou de l'eau de-vie camphrée. Au bout de deux jours, ces accidents avaient disparu et l'enfant revenait à son état antérieur.

16 *août.* — Revaccination ; résultat négatif.

28 *novembre*. — L'enfant s'affaiblit beaucoup, elle a continuellement de la *diarrhée*, s'amaigrit notablement. — Rien à l'auscultation. — *Matin* : T. R. 37°, 6. — *Soir*: 38°, 2. — Régime lacté.

1896. 23 *mars*. — Depuis le commencement du mois de mars, l'enfant se cachectise de plus en plus. Elle est en proie à une *diarrhée* considérable qui oblige les infirmières à la changer continuellement. Les matières fécales sont verdâtres et décolorées. Cependant la nutrition de l'enfant est complète. Elle boit tous les jours environ un litre de lait. A plusieurs reprises, elle a vomi, mais actuellement elle conserve bien ses aliments.

Aucune réaction aux diverses sensations extérieures ; il faut pincer l'enfant vigoureusement pour qu'elle profère quelque gémissement. Elle est dans le décubitus dorsal, les bras et les mains fléchis sur les extrémités des membres et dans un degré très prononcé de *contracture*. Ce n'est que par un effort violent qu'on peut arriver à redresser le membre contracturé. L'état de maigreur de l'enfant est extrême et la cachexie fait de rapides progrès. Aucun médicament ne peut être supporté.

4 *avril*. — La cachexie va sans cesse croissant. Les membres ont une maigreur squelettique. Les inférieurs conservent une attitude de flexion, avec croisement de la jambe droite sur la gauche. Une contracture difficile à vaincre les maintient dans cette position. Les téguments de la région sacrée sont le siège d'un érythème assez prononcé ; toutefois, il n'y a pas encore d'eschares. L'alimentation est très difficile.

1er *mai*. — L'enfant est dans un état d'affaiblissement extrême ; elle se tient inerte, sans mouvement, dans le décubitus latéral droit, et on perçoit à peine la respiration. L'attitude des membres inférieurs est toujours la même : ils sont contracturés en flexion et croisés l'un sur l'autre. L'enfant réagit à peine aux sensations extérieures. Les bras sont accolés au thorax, les avant-bras à angle droit sur les bras reposent sur la poitrine, les doigts sont légèrement infléchis. La main droite est très fléchie sur le bord cubital, mais non sur l'avant-bras.

Les membres inférieurs sont très amaigris et conservent toujours la même attitude. La cuisse gauche est croisée sur la droite à angle droit ; elle est contracturée en flexion sur le bassin et offre une résistance qu'il est impossible de vaincre. Le genou gauche est fléchi à angle droit, et les tendons pos-

térieurs se dessinent sous la forme de cordes saillantes. Le pied gauche est contracturé en extension et la peau de ce pied est cyanosée. Le membre inférieur droit est en extension dans toute sa longueur. Il est encore possible de fléchir la



Fig. 8.

cuisse droite sur le bassin. Le genou droit est en extension forcée, le pied droit en attitude de valgus équin. La peau est cyanosée. Les reflexes, exagérés de chaque côté, se produisent à la plus légère percussion. Le pouls est faible et ralenti. — Le *poids* de l'enfant est de 7 kilog. *(Fig.* 8).

10 *mai*. — L'état cachectique continue : la respiration devient de plus en plus faible. — *Ophtalmie purulente* : du côté gauche, la paupière est volumineuse, tuméfiée; en la retournant, on y constate du pus ; — du côté gauche, la paupière est peu volumineuse ; la conjonctive est injectée. Application continue d'eau boriquée sur les yeux de la malade, et cautérisation au nitrate d'argent.

11 *mai*. — Même état. — L'ophtalmie ne s'accentue pas davantage.

13 *mai*. — L'enfant meurt à 11 heures et demie du soir, sans grimaces, ni secousses. — Température au moment de la mort : 40°.

Température de la salle à	minuit........	17°
Température après la mort..........	2 heures	38°
— —	4 —	34°
— —	6 —	28°
— —	8 —	23°
— —	10 —	17°

Poids après décès : 6 kilog.

MESURES DE LA TÊTE.	1895. Juin.	1896. Janvier.
Circonférence horizontale maxima..............	49	49
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	34
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez..............................	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum............	15.5	15.5
— bi-auriculaire........................	11	11
— bi-pariétal............................	14	14
— bi-temporal..........................	11.6	11.6
Hauteur médiane du front......................	6	6

POIDS ET TAILLE.	1895. Juin.	1896. Janvier.
Poids..	11 k.	10 k.
Taille..	79	79

AUTOPSIE *faite* 36 *heures après la mort*. — *Tête*. — *Cuir chevelu*, très maigre, pas de trace de graisse. Quand on veut enlever la calotte, la *dure-mère* suit en raison des

adhérences. On est obligé de la détacher avec le ciseau. — La *calotte* est très-mince (2 à 3 millimètres au plus), translucide dans la plus grande partie de son étendue. La suture fronto-pariétale n'offre aucune trace de synostose. La *fontanelle antérieure* n'est pas ossifiée, mais elle est réduite à un petit triangle de 6 millimètres sur 3 ou 4. *La suture interpariétale est synostosée dans presque toute son étendue*. A son niveau et sur ses bords, sauf dans son cinquième antérieur, on note un épaississement des os assez prononcé. La calotte ayant été sciée un peu trop haut, on ne peut donner aucun renseignement sur les sutures pariéto-occipitales. On pratique une incision horizontale et on s'aperçoit qu'au niveau de l'occipital, la *dure-mère* est *très épaissie*, et qu'il existe entre le cervelet et l'extrémité postérieure des deux hémisphères, un espace libre rempli de liquide. C'est ce qui nous a amenés à détacher aussi complètement que possible la dure-mère de la base. Dans les manœuvres d'ablation, il s'écoule 330 gr. de liquide mêlé d'un peu de sang. L'encéphale et la dure-mère presque entière, base et convexité, pèsent 750 gr.

La *cavité dure-mèrienne*, dont nous venons de parler, était limitée en avant par les méninges et à ce niveau la dure-mère était remarquablement épaissie, dure, comme cartilagineuse, toutefois sans trace d'ossification. En dedans et en arrière, la cavité était limitée par le cervelet, qui divisait aussi la poche en deux parties symétriques mais communiquant l'une avec l'autre. En avant en haut et en dehors la cavité était limitée par les lobes occipitaux du cerveau. Ceux-ci offrent un aspect gélatiniforme et bosselé. Au doigt, ils donnent une sensation pseudo-cartilagineuse.

On pratique une incision d'avant en arrière sur la dure-mère, et à la base on note çà et là de petits paquets d'adhérences qui sont très multipliés à la pointe des lobes frontaux. L'encéphale se présente, vu par sa face convexe, sous la forme d'un cœur de carte à jouer. Les lobes frontaux sont atrophiés et les lobes postérieurs, également atrophiés, laissent à découvert presque toute la face supérieure des hémisphères cérébelleux. L'encéphale, débarrassé de la dure-mère, pèse 595 grammes *(Fig.* 9 et 10).

Les *artères* de la base et les *tubercules mamillaires* sont *sensiblement égaux*. Le *pédoncule cérébral* gauche paraît plus large et plus épais que le droit. — La *protubérance* est également asymétrique ; du côté gauche, elle est plus bom-

bée qu'à droite. Ces caractères se retrouvent au niveau du *bulbe*. La *pyramide antérieure gauche* est un peu plus épaisse que la droite ; elle est plus *bombée* et plus développée. — Le *cervelet* est petit.

Sur les deux faces, la pie-mère est finement vascularisée, mais à un degré moyen, sauf sur la face convexe des lobes



Fig. 9.

frontaux, où elle l'est à un degré très accusé. Bien que la mort ne remonte qu'à 36 heures, le cerveau est un peu ramolli et a une tendance à se détacher ; aussi le met-on dans le formol.

Hémisphère droit. — On est frappé de suite de l'*atrophie* considérable des deux lobes frontaux. Dans son ensemble, bien

que moins long que l'hémisphère gauche d'un demi centimètre environ, l'hémisphère droit semble un peu plus épais et plus volumineux. — La *scissure de Sylvius*, profonde, bien marquée, laisse voir l'insula qui semble normal.

Le *sillon de Rolando* est peu profond. En avant, on trouve sur les circonvolutions frontale ascendante et première fron-



Fig. 10.

tale, des lésions de *pachyméningite*, qui forment un ilôt allongé et transversal, atteignant le sillon de Rolando. Le reste du lobe est bien diminué de volume. — Le *lobe temporal* paraît normal, les sillons et scissures y sont bien accentués. — Sur le *lobe pariétal*, on retrouve également des traces

de pachyméningite ; elles sont surtout développées au voisinage du pli courbe, où elles forment un sillon large qui se continue avec des traces analogues situées sur la pariétale ascendante. Les *lobes occipitaux* dont nous avons déja signalé l'atrophie, sont durs au toucher, arrondis et bosselés (*Fig.* 9 et 10). Cet hémisphère est un peu plus long que le gauche et son ventricule latéral est dilaté d'une façon uniforme.

Hémisphère gauche. — Il est plus petit que le droit, présente une *scissure de Sylvius* bien marquée. L'insula est normal. Le *sillon de Rolando* est peu profond et élargi. En avant de lui on note une atrophie et un aplatissement du lobe frontal, qui paraît même déprimé et concave au niveau du pied de la frontale ascendante. Sur cette circonvolution on note des plis de passage très nombreux et un peu de pachyméningite à sa partie supérieure.— Le lobe temporal est normal à sa partie inférieure. En suivant la scissure parallèle, d'avant en arrière, on trouve aussi à son tiers postérieur, sous ses deux lèvres supérieure et inférieure, des traces bien nettes de pachyméningite, se présentant comme deux rubans parallèles entre eux et presque parallèles à la scissure. — Au-dessous les dernières *temporales* sont normales. — Le *lobe pariétal* est régulier bien que légèrement atrophié. — Le *lobe occipital* est lisse, régulier; il est atrophié à sa partie postérieure, mais beaucoup moins que le droit.

Des deux côtés l'ablation de la *pie-mère* occasionne l'enlèvement d'une couche plus ou moins épaisse de la substance grise. Sur presque toute l'étendue des trois faces des lobes frontaux, la substance blanche de la première circonvolution frontale des deux côtés, de la frontale et la pariétale ascendantes gauches, de la circonvolution des lobes olfactifs des deux côtés, la partie antérieure des deux lobes temporaux est complètement mise à nu et se présente sous forme de crêtes indurées et atrophiées. La dénudation de la substance blanche existe sur un plus grand nombre de circonvolutions de l'hémisphère droit que de l'hémisphère gauche. La partie postérieure des lobes temporaux et ce qui représente les lobes occipitaux n'offrent que des lésions de méningite ou de méningo-encéphalite superficielle. — La *glande pinéale* a son volume normal. Le *corps calleux* n'a que deux millimètres d'épaisseur au plus.

Moelle épinière: 27 gr.; elle présente au niveau de la région dorsale, une légère pigmentation rosée des cordons postérieurs.

Cou. — *Corps thyroïde*, très petit (6 gr.) ; les deux lobes sont séparés sans isthme intermédiaire. Le lobe droit est deux fois plus épais que le lobe gauche. — Pas de traces de *thymus*.

Thorax. — Le *cœur* est petit (30 gr.) ; les valvules sont intactes ; le ventricule gauche est légèrement hypertrophié. Pas d'adhérences du péricarde. — *Poumons* ramassés l'un sur l'autre et très diminués de volume. Le droit (85 gr.) présente une lobulation très nettement accentuée. Au toucher la consistance est augmentée à la base, et à la coupe on voit des traces de congestion. Le sommet présente des *granulations tuberculeuses*. Le gauche (60 gr.), qui est remarquablement petit, offre les mêmes lésions surtout au niveau de la base.

Abdomen. — *Foie*, très gros (530 gr.) ; violacé, congestionné et très dur. — *Vésicule biliaire*, très dilatée. A la coupe on n'y trouve aucune concrétion. — *Rate*, petite (25 gr.) ; elle est divisée en 3 lobes. — *Reins*, normaux : le gauche pèse 38 gr. ; le droit un peu allongé 40 gr. *Capsules surrénales*, normales. — *Estomac*, plein d'un liquide muqueux, paraît légèrement épaissi au niveau de la grande courbure. — L'*intestin grêle* est un peu vascularisé et congestionné et présente dans sa partie moyenne quelques *granulations* de nature *tuberculeuse*.

RÉFLEXIONS. — I. Il n'existe rien de bien significatif dans les *antécédents héréditaires*.

II. Si l'influence de l'*émotion* vive ressentie par la mère dans le dernier mois de la *grossesse* est sujette à discussion au point de vue de l'étiologie de la malformation du cerveau, il n'en est plus de même de l'action d'*asphyxie à la naissance* qui a été très prononcée et persistante : c'est à elle qu'il convient de rattacher les *convulsions* qui ont débuté le troisième jour de la vie.

III. C'est à la fin de la première semaine qu'on aurait constaté la *cécité absolue* et ultérieurement une série de symptômes qui décelaient une *méningo-encéphalite chronique :* grincements de dents, cognements

de tête (krouomanie), sommeil agité, accès de cris, etc.

IV. Le développement de la *méningo-encéphalite* et l'apparition de la *tuberculose* ont amené une cachexie progressive et déterminé en même temps une *contracture* des membres très accusée (*Fig.* 8).

II. Nous avons trouvé dans ce cas une *synostose partielle* des sutures. Elle occupe la suture interpariétale dans presque toute sa longueur. Toutefois la non ossification des sutures fronto-pariétales et la minceur de la plus grande partie de la calotte crânienne auraient assuré le libre développement du cerveau s'il n'avait été frappé primitivement d'un *arrêt de développement*, s'il n'avait existé une *méningo-encéphalite* presque généralisée et, en outre, une *pachyméningite*. De tous les crânes d'enfants idiots, environ 300, que nous avons réunis dans notre *Musée* de Bicêtre, six autres seulement offrent une synostose partielle analogue à celui de Maq... Rappelons aussi que, bien que l'enfant eut 4 ans, la *fontanelle antérieure* n'était pas encore tout à fait ossifiée.

V. Les *fig.* 7 et 8 mettent bien en évidence l'aspect général de l'enfant et donnent aussi une idée exacte des progrès de la *contracture*.

VI. Parmi les accidents qui ont compliqué la situation dans les derniers temps de l'existence, nous devons mentionner les *troubles trophiques* (escharres et ophthalmie purulente.)

VII. L'*hydrocéphalie*, prévue pendant la vie, dès l'admission, était réelle ainsi que le prouve la quantité considérable de *liquide céphalo-rachidien* (330 gr.) recueillie à l'autopsie.

VIII. Nous n'essaierons pas de décrire les hémisphères cérébraux, circonvolution par circonvolution. Les *figures* 9 et 10, qui donnent une idée exacte de la *malformation* et de l'*arrêt de développement* du *cerveau*, permettent de se rendre compte de l'irrégularité des circonvolutions.

Nous avons dit que les conditions dans lesquelles l'autopsie avait été pratiquée nous avaient obligé de placer l'encéphale immédiatement dans le formol, sans essayer de le décortiquer. Il pesait alors 595 gr. Lorsque la pie-mère a été enlevée, opération qui a entraîné l'ablation d'une partie plus ou moins épaisse de la substance blanche des circonvolutions, l'encéphale ne pesait plus que 415 gr. L'*hémisphère droit* pesait 175 gr. et le *gauche* 165. Dans les diverses manipulations faites au cours de l'examen, il s'est détaché des fragments du cervelet de sorte que son poids n'a pu être noté. Les lésions de *méningo-encéphalite* étaient dans ce cas très étendues et rappelaient les lésions macroscopiques qu'on observe dans la *paralysie générale*. Elles se voient très nettement sur la *figure* 10.

III.

Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique (*myxœdème infantile*);

Par BOURNEVILLE.

§ I. — Avant le traitement par l'ingestion stomacale de glande thyroide (1).

Nous avons fait, à la séance du 13 janvier de la Société, une communication sur l'*Action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité*. A ce propos, nous avons rappelé nos recherches sur le *Traitement thyroïdien de l'idiotie myxœdémateuse* qui avaient été le point de départ de notre travail. Nos dires ont paru vous intéresser. Aussi, afin de vous mettre mieux en mesure de vous rendre compte par vous-mêmes des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ingestion par la voie stomacale de la glande thyroïde sur le myxœdème infantile, nous vous présentons un exemple typique de cette maladie. Vous allez en constater vous-mêmes les principaux symptômes. Le traitement commencera ce soir et alors qu'il se sera produit des changements sérieux, nous vous ramènerons la petite malade. Après avoir résumé, en une sorte de sommaire, son histoire familiale et personnelle, nous décrirons son état actuel.

Antécédents héréditaires. — Gon... est née dans le département de la Seine le 15 juillet 1892.

---

(1) Communication faite à la *Société de Biologie*, séance du 15 mai 1896.

Père, grand, bien portant, excès de boisson ; aucun accident nerveux ou vénérien. — Grand'mère paternelle, *migraineuse.* — Arrière-grand-père paternel mort à quatre-vingt-quatre ans d'un *coup de sang.* — Arrière-grand'mère maternelle, morte à soixante-dix-huit ans, *paralysée.* — Autre arrière-grand' mère maternelle, morte d'un cancer au sein. — Cousine, à un degré éloigné, *arriérée.*

Mère, crises nerveuses de dix-neuf à vingt-six ans. — *Grand-*père maternel, excès de boisson, mort *aliéné.* — Arrière-grand-père, excès de boisson. — Arrière-grand'mère, morte poitrinaire (?). — Second arrière-grand-père atteint de *tremblement, suicidé* à soixante-quatorze ans. — Deux oncles maternels, morts de la poitrine. — Tante maternelle, danse de Saint-Guy dans l'enfance ; crises hystériques. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 mois.

Antécédents personnels. — *Conception* et *grossesse,* rien de particulier. — *Accouchement* trois semaines avant terme. — Asphyxie à la naissance, due au volume de la tête qui est restée longtemps au passage, ongles peu ou pas formés. — Teinte subictérique de huit jours à deux mois, hernie ombilicale constatée au quinzième jour (bandage). — Jamais de convulsions. — Élevée au sein par sa mère jusqu'à quinze mois. — Cri aigre. — Crasses du cuir chevelu.

L'*hérédité*, comme on le voit, est assez chargée des deux côtés, paternel et maternel. Mais elle ne diffère guère de celle qu'on rencontre dans un grand nombre de cas d'idiotie autres que l'idiotie myxœdémateuse. En ce qui concerne l'enfant elle-même, nous n'avons à noter que la naissance un peu avant terme et l'asphyxie, d'ailleurs passagère. Rien ne nous fournit une cause très nette de l'affection de l'enfant.

État actuel. — L'aspect général de l'enfant ne laisse aucun doute sur la réalité du myxœdème infantile : *idiotie,* décélée par la physionomie ; *nanisme, obésité, cachexie pachydermique, absence de la glande thyroïde.*

La *tête* est brachycéphale. Les cheveux sont longs, chatain roux ; le cuir chevelu est le siège de pellicules et de crasses. La *fontanelle antérieure,* ainsi que cela est la règle dans les cas de ce genre, persiste. La *face* est plutôt ronde : front bombé, arcades sourcilières déprimées, paupières gonflées, rétrécissant les yeux ; nez camus (les parents ont le nez aquilin) ; joues gonflées, lipomateuses ; lèvres volumineuses ; bouche entr'ouverte ; langue hypertrophiée dans tous les sens, faisant

saillie au dehors; dentition incomplète; menton court, aplati, lipomateux; oreilles décolorées. (*Fig.* 11).

Cou très court, gros; *pas de glande thyroïde; pseudo-lipomes* sus et sous-claviculaires.

Tronc assez long, large. Ventre de batracien; petite *hernie ombilicale*, accident commun chez ces malades. Déformation du rachis; ensellure très prononcée de la région lombaire. Saillie exagérée des fesses.

Membres supérieurs et inférieurs gros, courts, *incurvés*. — *État pachydermique* des mains et des pieds. Ongles petits poussant lentement. Peau pâle, cireuse, sèche, sans transpiration habituelle, sauf quelquefois aux mains. Développement exagéré du tissu adipeux formant des pseudo-lipomes ou des lipomes diffus.

Circulation : pouls petit, battements du cœur à 112; souffle intense au premier temps à la base; cyanose des lèvres, de la langue, des mains, des pieds. — Respiration toujours gênée, sans râles. — Cri aigre, rauque.

Digestion : L'enfant ne prend que du lait; bave, constipation habituelle; pas de chute du rectum, accident fréquent chez ces malades; gâtisme.

Sensibilité vive au froid. Vue et ouïe, normales. *Température rectale* oscillant d'ordinaire entre 36 et 37 degrés. — *Physionomie* caractéristique, exprimant une obnubilation profonde de l'intelligence; toutefois, on peut fixer l'attention; la mémoire existe; G... reconnaît ses parents, les personnes qui la soignent, semble relativement affectueuse, sourit parfois. Parole absente.

Marche impossible ainsi que la station verticale. Préhension très défectueuse. — *Poids* : le 8 mai, 11 kilog. 100; — *Taille* : 0m 68 aux mêmes dates.

Telle est, dans ses grandes lignes, la situation de l'enfant, ainsi que vous le montrent l'examen direct et les différentes photographies que nous plaçons sous vos yeux. Si nos prévisions, basées sur les faits antérieurs, se réalisent, vous constaterez, chez cette enfant, une véritable transformation, APRÈS le *traitement thyroïdien*.



Fig. 11.

§ II. — APRÈS LE TRAITEMENT (1).

Dans la séance du 9 mai, nous vous avons présenté une petite fille de 3 ans, atteinte d'*idiotie myxœdémateuse*. Nous vous avions annoncé que nous vous la ferions voir de nouveau *après* qu'elle aurait été soumise durant un temps convenable au *traitement par l'ingestion thyroïdienne*. Et, afin que vous puissiez vous rendre compte des effets du traitement, nous avions mis en relief les principaux caractères de son affection. Malheureusement, au bout de quelques jours, l'enfant a été prise d'*accidents pulmonaires* auxquels elle a rapidement succombé. Nous avons cru, cependant, qu'il était bon de vous faire connaître les résultats obtenus, car ils étaient significatifs et s'annonçaient de bon augure.

9 *mai*. — Un demi-lobe de glande thyroïde. T. R. 36°,9, et 37°.

10 *mai*. — Un demi-lobe. T. R. 37°,5 et 38°. Les mains et les pieds, qui avaient une coloration rouge vineuse, ont pris la teinte cireuse du reste du corps et le gonflement pachydermique a diminué. La langue, qui pendait en avant des arcades dentaires, est devenue notablement moins volumineuse au point qu'elle se replie maintenant dans l'arrière-fond de la cavité buccale et occasionne des périodes de demi-asphyxie durant lesquelles la respiration est interrompue.

11 *mai*. — Au cours de la nuit l'enfant a été agitée et s'est réveillée en sursaut à plusieurs reprises. T. R. 38°, 3; P. 67; R. 21. En raison des symptômes observés, on ne donne pas de glande thyroïde. — *Soir:* T. R. 38°, 5.

12 *mai*. — L'agitation a continué. L'amélioration s'accentue. Les paupières sont moins tuméfiées, aussi les yeux sont-ils davantage découverts. Les lèvres sont beaucoup moins violacées. — *Poids*: 10 kg. 500. — T. R. 37°, 9. — A midi, l'enfant prend un gramme de glande thyroïde. — Le soir, elle paraît affaissée. Toutefois, elle saisit plus facilement les objets qu'on

(1) Communication faite à la *Société de Biologie* dans la séance du 27 juin.

lui présente. Pour la première fois, depuis son admission, elle a une garde-robe sans lavement. — *Soir* : T. R. 39°.

11 *mai*. — En raison de l'élévation de la température observée hier soir, et bien que la température soit descendue ce matin à 38°, 2, nous ne lui faisons pas prendre de glande thyroïde. L'enfant continue à être un peu agitée et à être très énervée.

14 *mai*. — Le sommeil a été à peu près nul et l'enfant a remué sans cesse. T. R. 38°, 8. Un gramme de glande thyroïde. — Les mains se dégonflent de plus en plus. Les cheveux tombent. On note un commencement de desquamation mais pas de sueurs. Dans l'après-midi, plaintes, agitations, refus de boire le lait. — *Soir* : T. R. 39°, 6.

15 *mai*. — La nuit a été mauvaise. La respiration était précipitée, l'oppression très grande, la température très élevée (40°). Dans la matinée, Gon.. est plus calme, bien que la respiration soit gênée et fréquente. La température est descendue à 38°, 4. Dans la journée, alternatives d'agitation et d'abattement, plaintes, pleurs, déglutition difficile, bouche close ; la langue ne sort plus ; la face est moins bouffie, la coloration rouge des mains a tout à fait disparu. — *Soir* : T. R. 39°, 4.

16 *mai*. — Pendant la nuit, plaintes, dyspnée, *toux*, T. R. 38°, 1. Ce matin, G... est moins affaissée, semble mieux, mais, dans l'après-midi, la dyspnée reparaît, la toux persiste. L'enfant se gratte le nez, frotte sa tête contre l'oreiller. Une selle sans lavement. — *Soir* : 38°, 5.

17 *mai*. — Bien qu'on lui ait administré hier soir un lavement au chloral, G.... n'a pas dormi. Parfois son regard devient fixe et d'autres fois ses yeux se retournent comme si elle avait des convulsions (?). — Le matin, T. R. 38°, 3. Dyspnée, toux plus fréquente, nausées. L'enfant semble souffrir beaucoup. Rien à l'auscultation. La pression du côté gauche est douloureuse. Deux selles spontanées dans la journée. Le soir, Gon... est plus calme. T. R. 39°, 3.

18 *mai*. — La nuit a été mauvaise en raison de la dyspnée. On a mis des ventouses sèches et appliqué des cataplasmes sinapisés. A 10 heures du matin, T. R. 38°, 6 ; P. à 96 ; R. à 56. Oppression de plus en plus accusée. Lèvres pâles. Regard sans expression. Déglutition très difficile. A la percussion, la sonorité est conservée sauf en arrière à gauche où il y a de la submatité. A l'auscultation, l'inspiration est rude presque partout, mais on n'entend ni souffle, ni râles. — Ventouses sèches, sur la poitrine, inhalations d'éther, lotions vinaigrées ; ipéca ; potion de Tood.

Soir. — Le traitement a été fait très régulièrement. Un se-

cond vomitif n'a, comme le premier, produit aucun effet. On a remplacé les inhalations d'éther par des inhalations d'ammoniaque et on a fait une nouvelle application de ventouses sèches. La température est descendue à 38° (une heure de l'après-midi) pour remonter à 39°, 8 (9 heures du soir). Sueurs abondantes. Oppression extrême. P. à 100; R. à 56. Coma. L'enfant meurt le 19 *mai*, à 6 heures du matin. T. R. 39°. — *Poids* après décès : 9 kilog. — La famille a fait *opposition à l'autopsie*.

Résumons le *traitement* et ses *effets* :

1er jour........................	1/2 lobe de glande thyroïde.
2e —	1/2 lobe de — —
3e —	suspension.
4e —	1 gram. de glande thyroïde.
5e —	suspension.
6e —	1 gram. de glande thyroïde.
7e, 8e et 9e	rien.
10e —	mort.

Quant aux effets dûs à l'ingestion de la glande thyroïde, ils ont été les suivants: disparition de la coloration d'un rouge vineux des pieds et des mains ; diminution de leur état pachydermique ; dégonflement de la langue et partant suppression de la protrusion de cet organe ; occlusion de la bouche auparavant largement ouverte ; diminution de la cyanose des lèvres et du gonflement des paupières qui laissent voir les yeux; selles spontanées au lieu de la constipation opiniâtre antérieure ; sommeil agité, réveils en sursaut, agitation, plaintes ; élévation de la température centrale ; amaigrissement se traduisant par un abaissement de poids d'un kilogramme et demi(*fig.* 12).

Lorsque nous avons commencé le traitement, une particularité nous avait frappé : c'était l'élévation relative de la température sans motif appréciable, durant les 3 jours précédents. Elle oscillait entre 37° et 37°, 2, tandis que d'ordinaire, et chez la malade elle-même, elle est de 36° à 36°, 8. Cette élévation était-elle le premier indice des accidents pulmonaires ultérieurs, nous n'oserions nous prononcer.

Quelle est la cause de la mort ? Nous croyons qu'il faut écarter la médication parce qu'elle a été de très courte durée (4 jours) avec une interruption d'un jour; parce que la dose quotidienne était très faible (1 gr. 50 deux fois, 1 gr. deux fois). Ajoutons que, en raison de la résistance de l'enfant, *aucune de ces doses n'a*



Fig. 12.

été ingérée complètement, l'enfant en ayant rejeté une partie, chaque fois, surtout la seconde fois.

A l'appui, nous pouvons invoquer le cas d'un enfant — une fille également. — Bor.., *moins âgée* de 5 mois, qui a pris un demi-lobe (1 gr. 50) pendant 12 jours avec une seule interruption, le 5ᵉ jour, sans offrir de symp-

tômes anormaux, en particulier la dyspnée, l'élévation de température, etc.., notés chez Gonich... Rappelons que les phénomènes principaux dus à l'ingestion de la glande thyroïde s'atténuent très vite, d'habitude en 24 heures, dès qu'on suspend le traitement. Enfin nous n'avons pas observé les crises épileptiformes, la tachycardie proprement dite, le tremblement, la paralysie, les éruptions cutanées, etc., signalés comme étant les phénomènes qui accompagnent l'intoxication complète.

C'est donc à une *affection pulmonaire* qu'il convient, à notre avis, d'attribuer la mort. La toux, l'oppression, la douleur à la pression, la submatité, les nausées, l'élévation persistante de la température nous paraissent rendre fort probable cette opinion. Il est bien regrettable que l'opposition à l'autopsie ne nous ait pas permis d'en apporter la certitude.

IV.

Idiotie myxœdémateuse;

Par **BOURNEVILLE** et **METTETAL**.

Dans la communication qui précède, nous n'avons donné qu'un résumé succinct de l'histoire de la malade qui en faisait l'objet, aussi croyons-nous utile de la rapporter ici avec tous les détails qu'elle comporte.

SOMMAIRE. — *Père, caractère un peu emporté, excès de boisson, céphalalgies. — Grand'mère paternelle migraineuse. — Arrière-grand-père paternel mort d'un coup de sang. — Arrière-grands'mères paternelles mortes l'une d'une paralysie, l'autre d'un cancer du sein. — Petite-cousine arriérée. Mère, crises hystériques de 19 à 26 ans. — Grand-père maternel, alcoolique, mort aliéné. — Arrière-grand-père maternel, atteint d'un tremblement, suicidé. — Une tante épileptique a eu la chorée dans son enfance. — Nombreux accidents de tuberculose dans la famille. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de deux mois.*

Accouchement trois semaines avant terme. — Asphyxie à la naissance. — Hernie ombilicale congénitale. — Idiotie et myxœdème. — Teint cireux, état pachydermique, avec pseudo-lipomes. Peau froide. Plaques d'alopécie. — Fontanelle antérieure non oblitérée. Langue énorme. — Nez très aplati et camard. — Impossibilité de la station debout. — Respiration s'accompagnant de grognements. — Souffle systolique au cœur.

Traitement. Injections de suc thyroïdien, en 1893-94, *résultat négatif. — Effets considérables de l'ingestion de la glande elle-même. Modifications du côté de la peau, diminution du volume de la langue. — Développement rapide du système dentaire. — Agitation de l'enfant et élévation thermique nécessitant l'arrêt de l'ingestion de corps thyroïde. — Broncho-pneumonie intercurrente se ter-*

minant en 3 jours par la mort de l'enfant. — Pas d'autopsie.

Gon...., née à Ivry, le 17 juillet 1892, est entrée à la Fondation Vallée le 10 avril 1896.

ANTÉCÉDENTS *(Renseignements fournis par la mère et la grand'mère maternelle en* 1893). — *Père*, 28 ans, mécanicien à la Cie Edison, grand, bien portant. Marié à 26 ans, caractère d'ordinaire calme, parfois emporté, excès de boisson, fume beaucoup ; céphalalgies, mais pas de migraines. Sa femme le connaît depuis l'âge de 8 ans. Il n'a eu ni convulsions, ni fièvres intermittentes, ni maladies de peau. Elle ne pense pas qu'il ait eu de maladie vénérienne. — [*Père*, 53 ans, bien portant, a tenu des bains, puis une fabrique d'encres ; il est grand, fort et n'a aucun accident nerveux. — *Mère*, 55 ans, tenait les bains avec son mari, est assez grande ; douleurs névralgiques dans les deux côtés de la tête ; caractère calme, serait sujette à des *migraines*, qui auraient diminué dans ces derniers temps. — *Grand-père paternel*, mort d'un *coup de sang* à l'âge de 82 ans, sobre. — *Grand'mère paternelle*, morte à 78 ans de *paralysie*. — *Grand-père maternel*, mort à 99 ans d'accident. — *Grand'mère maternelle*, morte d'un *cancer du sein* à l'âge de 56 ans. — Une *demi-sœur paternelle*, 49 ans, bien portante, sans accident nerveux. — Un *oncle paternel* mort d'une fluxion de poitrine sans accidents nerveux. Pas de tantes paternelles. — Une *tante maternelle*, (60 ans environ) devenue aveugle (cataracte) sans accidents nerveux. — Arrière-cousine maternelle *arriérée*, morte à 15 ans. — Dans le reste de la famille, ni aliénés, ni apoplectiques, épileptiques, pieds-bots, bègues, etc.].

Mère, 28 ans, pas de convulsions dans l'enfance, grande, châtain foncé, physionomie régulière, *nez aquilin* légèrement retroussé (il n'y a pas de nez camus dans la famille), réglée à 16 ans sans accidents. A l'âge de 19-20 ans, elle est devenue anémique, a eu des crampes d'estomac et a été prise de *crises nerveuses* occasionnées par les contrariétés dues à ce que son père faisait de nombreux *excès de boisson*, puis s'emportait voulant battre sa femme et ses filles. Ces crises ont duré jusqu'au mariage. D'abord quotidiennes, elles se sont espacées de plus en plus. Elle s'affaissait, serait tombée si elle n'avait été soutenue, poussait parfois un grand cri, se raidissait, se débattait, étouffait et cherchait à se « déchirer l'estomac, » puis au bout de 25 à 30 secondes, revenait à elle en pleurant

beaucoup et enfin rendait une urine claire. La crise était précédée d'une *aura ovarienne* aboutissant à un étourdissement. Depuis le mariage, elle n'a eu qu'une crise, quinze jours avant d'accoucher, à la suite d'une discussion avec son frère. Depuis l'accouchement, pas de crises, pas de chorée, de migraines, de maladie de peau. — [*Père,* facteur d'orgue, s'est mis à boire au bout de 15 ans de mariage, avait des idées de grandeur, se croyait contre-maître de sa maison. Celle-ci ayant fermé, il s'est adonné davantage à la boisson et s'est fait arrêter. On l'a conduit à l'Asile clinique, où il est mort d'une fluxion de poitrine 3 semaines après. — *Mère,* blanchisseuse, grande, brune, bien portante, pas de migraines. Caractère calme, un peu emportée dans sa jeunesse. — *Grand-père paternel,* mort d'une fluxion de poitrine, il faisait de fréquents *excès de boisson.* — *Grand'mère paternelle,* morte poitrinaire à 35 ans. — *Grand-père maternel,* sobre, suicidé à 74 ans, il était devenu infirme à la suite d'un *tremblement* qui l'empêchait de se servir de ses mains. — *Grand'mère maternelle,* 80 ans, sobre, devenue aveugle. — Deux *oncles paternels* morts de fluxion de poitrine. Ils étaient sobres et forts. — Pas de *tantes paternelles.* — Un *oncle maternel* en bonne santé ainsi que ses trois enfants. — Deux *tantes maternelles* sans accidents nerveux, de même que leurs enfants. — Quatre *frères,* deux morts de la *poitrine*; un autre aurait eu une bronchite sans hémoptysie, l'autre est bien portant. Aucun d'eux n'a eu de convulsions. — Deux *sœurs* âgées l'une de 30 ans, sans attaques de nerfs, a eu deux enfants qui n'auraient pas eu de convulsions ; l'autre, âgée de 23 ans, a eu la *danse de Saint-Guy* à plusieurs reprises. Elle est grande, forte, a de temps en temps des *crises de nerfs* qui reviennent toujours la nuit. Elle se mord la langue. (Ce n'est pas du tout le genre de mes crises, dit la mère). — Pas de suicide, d'aliénés, d'autres choréiques, de goîtres dans la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de deux mois.

Antécédents personnels. — A la *conception* qui a eu lieu dès les premiers jours du mariage, la mère était bien portante et contente d'être enceinte. — *Grossesse* bonne, sans coups, ni chutes, ni peurs, ni syncopes, ni idées noires, ni envies de boire, pas d'opiacés, etc. — L'*accouchement* a eu lieu *trois semaines avant terme* ; il a été naturel ; elle a eu 3 heures de fortes douleurs, mais à peu près rien avant : elle attribue l'accouchement prématuré, à ce qu'elle avait fait son ménage avant, ce qui a déterminé une perte et son accouchement

huit jours après. — *A la naissance,* l'enfant était *asphyxiée*, parce que, dit-on, elle avait la tête volumineuse et que celle-ci était restée longtemps au passage. Elle n'avait pas d'ongles ou seulement des rudiments. On ne sait pas combien la cyanose a duré.

Élevée au sein par sa mère jusqu'au 7 décembre. Elle a eu la *jaunisse* au bout de 8 jours, et serait restée jaune pendant 2 mois. Mais le blanc des yeux n'était pas jaune. Ensuite la coloration jaune de la peau a diminué peu à peu. — Quinze jours après la naissance, on s'est aperçu que l'enfant avait une *hernie ombilicale*; elle était grosse comme une prune. Traitement par des bandages que l'on a supprimés parce qu'ils écorchaient la peau. — Pas d'accès de cris diurnes ou nocturnes. *Jamais de convulsions*, — Gon... pleure facilement. — Elle n'a pas encore de dents. Marche nulle ; l'enfant ne sait pas se tenir sur les jambes. Les cheveux étaient très abondants dès la naissance et le sont encore. Elle a eu des crasses dans les cheveux, qui ont persisté jusqu'à la 3e visite ici. Aucune maladie, ni indisposition. Elle a été vaccinée à l'âge de 3 mois. Parole nulle, attention facile à fixer, sa voix a toujours été rauque. Avant son admission en 1896, l'enfant a subi le traitement thyroïdien à deux reprises.

1896. — L'enfant est entrée dans le service le 28 avril pour être soumise à la *médication thyroïdienne*. Elle vient des environs de Berck-sur-Mer où elle avait été placée chez des paysans. Elle n'aurait eu aucune maladie depuis que nous l'avons vue. — Sa *tante maternelle* n'aurait plus de crises depuis plusieurs mois et, dans le dernier semestre de l'an dernier, elle n'en aurait eu que deux ou trois. — Notre malade a une *sœur*, âgée de 23 mois, très bien portante, semblant tout à fait naturelle ; elle marche bien, a 12 dents, prononce presque tous les mots, n'a pas eu de convulsions.

Voici quel était l'*État* de l'enfant pris à deux ans et demi d'intervalle.

1893 : *Octobre.*

L'aspect général dénote d'emblée l'*idiotie* avec *cachexie pachydermique*

L'enfant a la peau d'un aspect cireux, un peu luisant, les joues sont légèrement rosées.

Cheveux châtains, assez foncés, fins et soyeux. Le *cuir chevelu* ne semble pas épais; il est le siège de *crasses* jaunâtres. Au dire de la grand'-mère, qui a eu neuf enfants, elles n'auraient pas été plus abondantes que d'habitude. On a essayé vainement de les enlever. L'enfant est venue au monde avec beaucoup de cheveux, qui ne sont pas tombés. Au niveau des bosses occipitales, il existe une bande d'*alopécie* ayant 10 centimètres de long et 3 de haut. Les poils sont absents au centre, et rares au bord de cette plaque. Cette alopécie aurait débuté il y a deux mois.

1896 : *Avril.*

L'aspect général est encore plus caractéristique.

Le corps trapu, arrêté dans son développement est surmonté d'une tête relativement énorme *(Fig.* 11).

L'habitus extérieur décèle une apathie très marquée, aussi bien intellectuelle que physique. L'enfant se tient le plus souvent dans la position où elle a été placée. La physionomie exprime l'hébétude; le regard est étonné, l'attention difficile à fixer.

Partout, même aux joues, la peau a une coloration cireuse et offre une infiltration myxœdémateuse, d'où un embonpoint factice.

Cheveux blonds en avant, de plus en plus châtains à mesure qu'on s'éloigne du front; ils sont assez longs (15 cent.), roides, ne s'enroulent pas sur eux-mêmes. Le cuir chevelu est le siège de pellicules, mais il n'y a plus de véritables crasses. Les plaques d'alopécie persistent, toutefois elles sont moins étendues.

Tête brachycéphale, avec plagiocéphalie légère.

Fontanelles.—L'antérieure mesure 0 m., 07 d'avant en arrière et 0 m., 045 transversalement. La postérieure paraît fermée. Les autres os paraissent soudés. Les bosses pariétales sont assez saillantes et égales. La bosse occipitale gauche est plus saillante que la droite.

La *face* est ronde, on peut fixer l'attention de l'enfant. Elle sourit et son sourire est assez expressif. La *physionomie* est douce. Le *front* est bombé et assez haut : il est un peu déprimé à droite. Lesarcades sourcilières sont déprimées, les sourcils figurés par des poils fins, abondants dans les deux tiers externes. — Les cils sont longs, noirs, assez abondants aux paupières supérieures, rares et courts aux paupières inférieures. Pas de blépharite ciliaire. Les paupières supérieures sont commes bouffies, et elles l'ont toujours été, dit la mère. — Les iris sont gris après avoir été bleus à la naissance. Les pupilles sont normales et sensibles à la lumière.

La racine du *nez* est tout à fait déprimée et creuse. Le nez est petit, camus, très prononcé. Les *narines* sont dirigées en haut. — Les *joues* sont bouffies et l'auraient été davantage. Les *lèvres* sont épaisses ; l'inférieure mesure à peu-près 8 milli-

Tête : même conformation.

Fontanelles. — La f. antérieure mesure 35 millimètres d'avant en arrière et 25 mm. transversalement. Les autres sont fermées.

Face arrondie, d'un aspect massif.

Sourcils, cils, pas de modification appréciable.

Les paupières supérieures sont bouffies, fermes au toucher; les inférieures, non boursoufflées, présentent des plis transversaux. L'ouverture palpébrale est petite et les yeux semblent enfoncés.

Même état des pupilles.

Nez, aucun changement. L'*odorat* paraît exister.

Les pommettes sont saillantes, symétriques ; à leur niveau, la peau est très épaisse, infiltrée de graisse (*joues* pseudo - lipomateuses). Les

mètres, la supérieure 9 mil.

Les *mâchoires* normales ne portent pas de dents; cependant les deux incisives supérieures sont un peu apparentes.

La *langue* est épaisse et large, et cela depuis la naissance. La voûte palatine est un peu plate et cependant arrondie.

Le *menton* est court, aplati; au-dessous on trouve un double menton de graisse.

sillons naso-géniens sont accusés.

La *bouche* est très grande. La lèvre supérieure est très épaisse; son sillon médian est un peu dévié à droite. L'inférieure aussi très épaisse a son bord inférieur décliné en bas. Leur muqueuse est cyanosée. La *salive* s'écoule par l'ouverture buccale constamment ouverte pour laisser passer la langue.

La *dentition* est incomplète. En haut, quatre incisives et deux molaires de chaque côté, dont la couronne est réduite à une petite saillie. En bas, quatre incisives et une canine à droite. Les autres dents dessinent des saillies arrondies sur le bord alvéolaire des maxillaires. — Le maxillaire inférieur reste en arrière du supérieur.

La *langue*, énorme, sort au-dehors entre les arcades dentaires. Elle est hypertrophiée dans toutes ses dimensions (*Fig.* 11). Sa pointe est arrondie. Le volume de la langue ne permet pas de voir le fond de la gorge; mais l'exploration digitale permet d'apprécier le volume des amygdales qui est moyen et l'existence du réflexe pharyngien.

Le *menton*, très petit, ridé, forme une petite masse arrondie, cachée en partie par la lèvre inférieure renversée. La peau du cou qui se continue avec le menton est très épaissie, et un pli

Oreilles d'un blanc de cire, assez bien ourlées, peu écartées, lobule distinct.

Cou. — Le *cou* est court : on sent très bien sous la main les anneaux de la trachée et les cartilages du larynx. *Il ne paraît pas y avoir de traces du corps thyroïde.* — Le *cri* de l'enfant est un peu aigre, mais moins strident que chez les autres myxœdémateux.

Thorax. — En avant la poitrine paraît comme carrée et bombée au niveau des régions pectorales. Les côtes sont un peu déjetées, ce qui donne au ventre de l'enfant l'aspect du ventre d'un batracien. Le *rachis* est normal. On sent des *paquets graisseux* dans les creux sus et sous-claviculaires.

Respiration. — A l'auscultotion, rien du côté des poumons ; la respiration serait parfois bruyante. Au cœur, on trouve un bruit de souffle très intense à la base. Ce bruit de souffle paraît couvrir les deux temps. Pas d'accès de cyanose ; les lèvres sont plutôt rosées.

transversal y constitue un double menton, d'autant plus accusé que la tête est inclinée en avant.

Oreilles, rien à noter.

Cou très court, mesurant 30 centimètres de circonférence. La peau est flasque, comme bouffie. — Le palper, fait avec le plus grand soin, n'y fait découvrir *aucune trace de la glande thyroïde.* Le doigt arrive sans interposition d'aucun organe sur les cartilages du larynx qu'il délimite aisément ainsi que sur la trachée.

Thorax. — Il est élargi, a une forme presque cylindrique, n'est pas le siège de déformations rachitiques. Les dépressions de la cage thoracique sont masquées par l'épaississement du tissu cellulaire par la graisse. — La *colonne vertébrale*, régulière aux régions cervicale et dorsale, forme à la région lombaire une ensellure qui contribue à rendre les fesses très proéminentes.

La *respiration* s'effectue selon le type costal, sans dyspnée. Elle s'accompagne de cris gutturaux, constituant une sorte de grognement inspiratoire. La sonorité est normale. — L'auscultation du *cœur* décèle un *souffle* très *iutense*, plus fort pendant la systole, ressemblant à un roulement. Il s'entend aussi bien

à la pointe qu'à la base. Il a son maximum dans le second espace inter-costal, droit au niveau de l'orifice aortique, et il s'entend très nettement dans le dos. Les *battements* du cœur sont de 75 fois par minute. Le pouls n'est pas perceptible aux radiales, ce qui est dû à sa petitesse et à l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

Circonf. au niveau des aisselles à l'expiration...	41 1/2
Circonfé. au niveau des mamelons	45
Circonfé. au niveau des fausses côtes...........	49 1/2

Abdomen. — Les fesses sont fermes et rondes. Le bassin est bien conformé. Circonférence au niveau de l'ombilic, 40 1/2. En arrière, il existe comme une espèce de rétrécissement qui sépare le thorax du bassin. Le ventre est moyennement proéminent. L'ombilic est saillant et l'aurait été trois fois plus. Il existe dans la dépression ombilicale une petite excroissance cutanée de 10 mm. de long sur 5 ou 6 de large. On ne sent pas de pointe d'intestin. La mère dit que l'ombilic a toujours été maintenu avec une potite pelote de laine. Anus normal.

Abdomen. — Il est ballonné, globuleux, souple. L'ombilic est très saillant. Un peloton adipeux forme une petite tumeur soulevant l'ombilic en forme de brioche. Quand l'enfant crie un peu fort, on voit une *pointe de hernie* soulever la ligne blanche, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. — L'examen du *foie* et de la *rate* ne dénote rien de particulier. — La *région anale* a son aspect normal. — L'enfant ne prend que du lait au biberon. Le volume exagéré de la langue, empêche toute autre alimentation. *G.... est gâteuse.*

Membres supérieurs. — Les bras sont cylindriques, il en est presque de même des avant-bras en forme de boudin. Les plis du poignet sont très accusés. Les bras, les

Membres supérieurs. — Courts, trapus, cylindriques. Les divers segments sont boudinés, à cause du développement exagéré de la graisse et des plis transversaux qui

avant-bras et les mains sont bouffis : et cette bouffissure est nettement d'origine lipomateuse. Les doigts sont courts et gros. Les *ongles* sont petits (4 mm. à peine). L'eufant serre bien des deux mains et ni à l'œil, ni aux mensurations il n'y a pas de différence entre les deux membres.

Membres inférieurs. — Les cuisses sont arquées. Le développement adipeux est très prononcé. Gros pli profond à la partie moyenne de la cuisse et un autre moins profond, moins long à 1 cent. 1/2 au-dessous du pli de l'aine. Les deux plis circonscrivent une bande dn 3 cent. 1/2 de hauteur, qui est tremblottante. Les jambes sont également bouffies. mais la lipomatose domine aux cuisses. Les pieds sont très gros, arrondis, bouffis et plats. Les orteils sont gros, cylindriques et

existent au niveau des jointures et sont tous profonds. Les bras sont rapprochés du tronc, les avant-bras demi-fléchis dans la main, le pouce écarté en dehors. Du moignon de l'épaule descend un sillon circulaire qui passe sous la racine du bras pour le diviser dans le creux de l'aisselle en plis secondaires. La *main* est globuleuse, la peau y est bouffle, vioiacée. Les doigts sont très courts, élargis en massue, ridés. Le pli d'opposition du pouce est très marqué. Les éminences thénar et hypothénar sont plutôt hypertrophiées. Les ongles sont petits, réguliers. — Les *mouvements spontanés* sont lents. Les *mouvements provoqués* s'exécutent facilement. Il n'y a pas de contracture. — La *sensibilité* est un peu obtuse. — Les *réflexes* paraissent normaux.

Membres inférieurs. — Ils sont remarquables par leur peu de longueur et le développement adipeux. Les cuisses sont ffèchies sur le bassin. Le pli de l'aine est creux. A la face interne des cuisses, il existe des masses empâtées, des pseudo-lipomes. Il en est de même au-devant de la rotule. Les jambes sont rectilignes. Les mollets sont volumineux, ce qui est dû à l'infiltration graisseuse. — Les pieds ont une bonne attitude. La face plantaire est un peu aplatie. La peau y est

courts. Les ongles ont 3 mm. au plus. — L'enfant se tient un peu et momentanément sur les jambes. Elle paraît bien appuyer la plante des pieds. La peau de la face dorsale seule est un peu colorée.

Organes génitaux. — Pénil peu saillant. Grandes et petites lèvres bien conformées, de dimensions rudimentaires. Clitoris petit. Méat étroit. Hymen labié, orifice très restreint.

épaisse, froide et cyanosée.

Tous les *mouvements provoqués* se font aisément, en revanche les mouvements volontaires sont à peu près nuls. G... ne peut encore se tenir debout, mais on sent les muscles se contracter avec force. — Les *réflexes* rotulien et plantaire sont conservés. Les quelques *mouvements spontanés* qu'elle exécute le sont avec lenteur.

La *sensibilité générale* au contact, à la température, à la douleur existe partout.

L'*intelligence* est complètement arrêtée dans son développement. Par moments, G... semble contente et sourit. — La *parole* est nulle.

Organes génitaux. — Le mont de Vénus est assez saillant, il en est de même des grandes lèvres, le capuchon est très court, de 5 à 6 mm. Les petites lèvres mesurent autant. Pas de rougeur de la vulve (1).

1893. *Injections sous-cutanées de suc thyroidien*, les 16, 18, 21, 23, 25, 28, 30 novembre, et les 2, 5, 7, 8, 9, 12 décembre 1893. — Après ces injections, d'après la mère et la grand-

(1) L'état de Gon... en 1896 a été rédigé en partie avec des notes recueillies par M. Rellay, interne provisoire du service.

mère, la situation serait la même, mais les cheveux tombent moins sans cependant repousser. La peau qui jaunissait comme par accès, jaunit un peu moins. Les cris de l'enfant sont les mêmes. — Les injections de suc thyroïdien ont été faites ensuite les 10, 12, 14, 17, 19, 21 décembre. Le traitement est suspendu pendant un mois.

1894. 1er *février*. Reprise du *traitement* par les injections sous-cutanées. L'enfant devient plus gaie, s'occupe davantage, de ce qu'on fait autour d'elle. Son attention devient plus grande. Les cheveux tombent moins. La coloration jaune de la face persiste. L'enfant ne parle pas, mais, dit ah, quand elle voit quelque chose et sourit : la bouche est toujours ouverte laissant voir une langue épaisse que l'enfant commence à allonger quand elle est contente. Elle commence à se tenir mais mal sur les jambes la mère essaie de la faire sauter sans y parvenir. Les pseudo-lipomes sont restés les mêmes. Dentition encore nulle. — Onze injections de suc thyroïdien en février.

1896. 9 *mai*. — Un demi lobe de glande thyroïde ingéré par la *voie stomacale*. T. R. 36°, 9 le matin et 37° le soir.

10 *mai*. — Un demi lobe. T. R. 37°, 5. — Soir : 38°, 1. Quelques modifications se produisent déjà dans l'aspect de l'enfant Les mains qui étaient de coloration rouge vineux ont pris la teinte cireuse du reste du corps. Les pieds offrent les mêmes changements et paraissent également moins œdémateux. La langue ne tend plus à pendre en avant des arcades dentaires : elle se replie dans l'arrière-fond de la cavité buccale, se renversant sur l'épiglotte, et occasionnant des périodes de demi-asphyxie, pendant lesquelles la respiration est interrompue, par suite de cette bascule de la langue. Enfin l'enfant paraît fort agitée durant la nuit et se réveille en sursaut à plusieurs reprises. Elle agite les bras dans tous les sens.

11 *mai*. — Pas de lobe. — Pouls à 67 ; respiration à 21 ; T. R. 38°, 3. — *Soir* : 38°, 5.

12 *mai*. — L'enfant continue à être très agitée. T. R. 37°,9. Les paupières sont moins tuméfiées et découvrent les deux yeux. La face reprend une coloration moins foncée ; les lèvres sont également moins violacées. — *Poids* : 10 kg. 500.

12 *mai*. — T. R. 37°, 9. — L'enfant prend 1 gr. de glande

thyroïde dégraissée. — Elle parait assez affaissée ; elle a passé encore une nuit sans sommeil et a été fortement agitée. Elle prend facilement les objets qu'on lui présente. Elle a été à la garde-robe sans lavement pour la première fois. — *Soir* : T. R. 39°.

13 *mai.* — Pas de lobe. T. R. 38°, 2. *Soir* : T. R. 38°, 5. L'enfant continue à être très agitée. — Vers 9 heures du soir, la surveillante du service s'est aperçue qu'elle présentait quelques gouttes de sang au niveau de la vulve, dont l'origine paraissait être interne.

14 *mai.* — Un gramme de glande thyroïde. — T. R. 38°,8. L'enfant a refusé toute nourriture : elle a été extrêmement agitée toute la journée et pendant la nuit a eu une dyspnée très prononcée, allant jusqu'à l'orthopnée.

15 *mai.* — T. R. 38°, 4. — *Pas de glande thyroïde.* L'enfant continue à se modifier ; sa figure parait moins bouffie, la coloration rougeâtre de ses mains a tout-à-fait disparu. La langue est rentrée dans la bouche qui paraît maintenant être fermée. Peau sèche ; insomnie toujours complète la nuit. Les *dents* ont légèrement poussé depuis que l'enfant est en traitement. — *Soir :* T. R. 39°, 9 ; R. à 42.

17 *mai.* — Pas de glande. — Le matin, l'enfant est très abattue et oppressée, bien que la T. R. soit descendue à 38°, 3. A 6 heures on envoie chercher l'interne de garde qui se borne à prescrire du lait. — La surveillante met des ventouses dans le dos et applique un cataplasme sinapisé. — *Soir :* T. R. 39°, 3. — Pendant la nuit pas d'agitation, mais insomnie et *oppression.*

18 *mai.* — Le matin, l'enfant a une *dyspnée* violente. P. 96 ; R. 56. Les lèvres sont pâles mais non bleuâtres. La langue est rentrée dans la bouche. Le regard est en grande partie éteint. A la percussion, la sonorité paraît conservée sauf en arrière au niveau du poumon gauche. A l'auscultation, souffle rude à peu près partout, mais pas de râles. Toux assez intense et assez fréquente. On applique des ventouses sèches sur le devant de la poitrine, on fait des lotions vinaigrées toutes les heures, des inspirations d'ammoniaque tous les 1/4 d'heure. Potion de Tood, lait. On administre un vomitif.

19 *mai.* — Le traitement a été fait très régulièrement toute la journée T. R. 39°, 2. Dans l'après-midi, l'oppression aug-

mente. Un second vomitif ne donne, comme le premier, aucun résultat (ipéca) ; on applique de nouvelles ventouses. — *Soir :* P. 92 ; R 56 ; T. R. 39°. A 9 heures du soir, l'enfant est de plus en plus oppressée : le pouls devient faible et irrégulier, sueurs abondantes. — Mort le matin à 6 heures. — *Poids* après décès : 9 kg.

T. R. aussitôt après la mort	39°
1 heure après la mort	38°
2 heures après la mort	36°
4 heures — —	33°
6 heures — —	27°
8 heures — —	22°

La température de la salle s'est maintenue à 20°.

I. L'*hérédité,* dans ce cas, est très chargée. Du *côté paternel*, nous avons le père qui fait de nombreux excès de boisson (1) ; une grand' mère migraineuse ; un arrière-grand-père mort d'un *coup de sang ;* une arrière-grand' mère morte *paralysée ;* une petite cousine *arriérée.*— Du *côté maternel* : mère *hystérique ;* grand-père *alcoolique*, mort *aliéné ;* arrière-grand père *alcoolique ;* autre arrière-grand père *trembleur*, *suicidé ;* tante *choréique*, *épileptique.* Signalons aussi une arrière-grand'mère et deux oncles *tuberculeux.*

II. L'enfant offrait tous les signes qui caractérisent l'*idiotie avec cachexie pachydermique.*

III. Au point de vue du *traitement*, les commentaires qui accompagnent les communications de l'un de nous à la *Société de biologie*, nous permettent de nous limiter à faire remarquer l'insuccès à peu près complet des *injections sous-cutanées* de *liquide thyroïdien* et l'action incontestable de l'*ingestion stomacale* de la *glande thyroïde* elle-même.

(1) « Il était tous les jours sous pression », nous a dit un de ses compagnons d'atelier. Il buvait souvent de l'absinthe. (Octobre 1896).

V.

Forme de l'orbite des aveugles ;

PAR BOURNEVILLE ET F. REGNAULT.

Nous présentons (1) le *crâne* d'un enfant de dix ans, atteint d'*idiotie* par *arrêt de développement du cerveau*, Cret... De plus il était affecté de *cécité complète* de l'œil droit à la suite d'une *ophtalmie purulente* consécutive à la rougeole à l'âge de 3 ans. Sur ce crâne, qui appartient au Musée de Bicêtre, on voit d'une façon très nette les modifications des parois osseuses de l'orbite sous l'influence de l'atrophie du globe oculaire.

Nous lisons, en effet, sur l'observation : l'œil droit est atrophié, les paupières sont fermees et enfoncées dans l'orbite. L'œil gauche n'est pas atrophié, les paupières sont ouvertes et offrent un iris bleu, terne et pâle.

Or, sur le crâne, les diamètres de l'orbite droit sont diminués, mais surtout le vertical. Voici les mensurations.

Œil droit: hauteur 28 — Largeur 32, 5. Ind. 86, 2.
Œil gauche : hauteur 33 — Largeur 31, 05. Ind. 104, 7

Les os frontal, maxillaire et malaire droits ont poussé du côté de la cavité orbitaire vide de son œil. La bosse frontale droite est un peu plus saillante que la gauche. Au dessous de l'orbite droit, le maxillaire supérieur est creusé en une cavité plus profonde qu'à gauche.

(1) Communication faite à la *Société anatomique* (Séance du 26 juin 1896).

VI.

Idiotie congénitale par arrêt de dévelcppement;

PAR BOURNEVILLE ET J. NOIR.

SOMMAIRE. — *Père, crises convulsives. — Grand-père paternel buveur. — Grand' mère paternelle, aliénée et paralytique. — Mère emportée. — Grand' mère maternelle, délire très violent durant une fièvre typhoïde. — Arrière-grand' mère maternelle, paralytique. — Cousin, bec de lièvre. — Pas de consanguinité. — Égalité d'âge.*

Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Allaitement au sein. — Crises convulsives à 2 ans. — Peurs à 3 ans. — Hernie inguinale à la naissance disparue.

Première dent à 7 mois (?). — Dentition complète à 4 ans. — Gâtisme. — Tics.

Etat actuel. — Notes d'école. — Syphilis acquise. — Congestion pulmonaire ; mort.

AUTOPSIE. — *Description de l'encéphale, etc.*

Leb... (Robert), né le 27 janvier 1884, à Paris, est entré le 28 mai 1889 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) où il est décédé le 11 janvier 1890.

Antécédents. *(Renseignements fournis par sa mère le 5 juin 1889).* — PÈRE, 33 ans, raffineur, aurait eu à 15 ans, durant 18 mois les *fièvres paludéennes* et plus tard une affection pulmonaire (chaud et froid ?) ; à l'âge de 20 ans, il fut pris fréquemment de *crises nerveuses*, qui se répétèrent durant 6 ans environ. Les crises consistaient en chute bru-que sans cris avec mouvements convulsifs des bras et jambes. Il se relevait seul, parait-il, une fois la crise passée mais avait les membres brisés et restait éreinté et hébété durant le reste de la journée. Le peu de précision de ces renseignements ne nous permet pas d'affirmer l'origine de ces *crises épilep-*

tiformes. Il n'a pas servi, exempté par un frère soldat, il est relativement sobre, ne boit guère que les jours de paye, fume pour 0 fr. 20 de tabac par jour. Il n'a jamais fait d'excès vénériens, n'a jamais eu de traces de syphilis, ni de dermatoses. — Caractère violent, il se met facilement en colère. — [*Père*, 70 ans, n'a jamais eu de crises analogues à celles de son fils. Il « *boit sec* » et malgré cela se porte assez bien et ne se plaint que de douleurs dans une jambe. — *Mère*, très nerveuse, a été à deux reprises différentes frappée d'*aliénation mentale* et de *paralysie d'un côté*. Elle n'aurait pas eu d'attaques de nerfs. *Grands parents paternels* et maternels morts âgés, on ne sait de quoi. — Deux *oncles paternels* sont bien portants. — Trois *frères* : un est mort assez jeune de fièvre typhoïde ; les deux autres sont sains, mais violents et coléreux. — Trois *sœurs*, dont une est morte à 11 ans de la scarlatine, les deux autres sont mariées et de parfaite santé ; une de ces dernières est mère de deux enfants bien portants. — Aucun autre antécédent névropathique ou psychopathique dans la famille du père.]

Mère, 30 ans, femme de ménage, brune à physionomie régulière et intelligente ; réglée depuis 17 ans régulièrement, elle n'a eu dans son enfance aucune maladie infectieuse, ni aucune manifestation nerveuse. Elle est vive, emportée même mais n'a pas eu de crises de nerfs. Elle aurait toujours eu une conduite régulière, n'aurait pas fait d'excès et n'aurait jamais eu de traces de dermatoses, ni de syphilis. — [*Père*, mort à 35 ans, sa fille ne peut donner aucun renseignement sur lui. — *Mère*, bien portante, a eu, peu après la naissance de sa fille, une fièvre typhoïde grave avec *délire* violent, elle se levait de son lit et s'échappait dans la cour de la maison. — *Grand-père paternel*, rien de particulier. — *Grand'mère paternelle*, est restée six mois *paralysée* avant de mourir. — *Grands-parents maternels* : pas de renseignements. — Deux *oncles maternels* bien portants. — Une *sœur*, très grosse, souffre constamment de l'estomac. Cette sœur aurait eu deux enfants morts en bas âge, le premier de rougeole, le second d'athrepsie ; cet enfant était porteur d'un *bec de lièvre*. — Aucun autre accident morbide ou trouble de développement dans le reste de la famille de la mère.] Pas de consanguinité. — Différence d'âge de 3 mois (mère plus jeune.)

Trois *enfants* : 1° *Garçon*, mort à 22 mois du croup, se portait jusqu'alors très bien, n'avait jamais eu de convulsions ; — 2° *Garçon*, 7 ans $^1/_2$, bien portant, intelligent ; pas de convulsions.

3° *Notre malade.* — Rien de particulier à la *conception.* — Pas d'accidents bien graves durant la *grossesse,* vomissements assez fréquents, émotion assez vive, sans accidents une seule fois, la mère croyant avoir perdu son petit garçon au marché ; pas d'envies, pas d'excès, pas de traumatisme. — *Accouchement* rapide, à terme et normal. — Pas d'asphyxie *à la naissance,* pas de circulaires, ni de torsion du cordon. *Allaitement maternel* au sein jusqu'à 17 mois.

La santé générale de l'enfant fut assez éprouvée ; la mère a constaté les premières *crises convulsives* à l'âge de deux ans seulement. Ces convulsions se bornaient à quelques grimaces de la bouche sans mouvements des yeux et sans accidents du côté des membres. Aucun trouble n'accompagnait ces crises qui survenaient à des intervalles de 3 à 15 jours et se manifestèrent durant une période d'environ six mois. Depuis sa naissance l'enfant est porteur d'une petite *hernie inguinale* droite. De 4 à 7 mois, il a eu à diverses reprises des attaques de bronchite. A 3 ans, sa mère remarqua qu'il était pris de *peurs* brusques, qu'il sursautait la nuit et était très agité. Conduit au Hâvre, on lui fit prendre des bains de mer, et à la suite, il aurait eu de la diarrhée et pendant un mois environ la jaunisse. Enfin récemment il a été atteint de rougeole. Là se sont bornées toutes les maladies aiguës ou infectieuses remarquées par sa mère.

La première dent apparut à 7 mois (?). La dentition fut complète à 4 ans. Leb... n'a jamais été propre. Il n'a marché qu'à 3 ans et demi et n'a commencé à parler qu'à 4 ans. Dès l'âge de 4 mois, la mère s'aperçut de l'arriération de son enfant. Il ne pouvait à cette époque maintenir la tête droite et la laissait tomber sur l'épaule gauche. Il grinçait parfois des dents et grimaçait. Mais bien qu'il ne parlât pas à 3 ans, sa mère ne le considéra comme idiot que, lorsqu'après sa jaunisse, il fut pris d'un *tic* étrange. L'enfant s'arrachait les cheveux et les regardait en les roulant rapidement dans les doigts. Il passait la journée à cet exercice et s'y livrait la nuit dès qu'il se réveillait. Outre cela, il était sujet depuis l'âge de 4 ans à de fréquents *balancements* antéro-postérieurs, il avait l'habitude de *têter* sa langue et de *baver.* Malgré cela, prétend-on, il comprenait assez bien. Il fut envoyé momentanément à l'école, mais il se tenait isolé dans un coin et ne jouait jamais avec les autres enfants. Il n'a pas présenté de pyromanie, de clastomanie, ni de kleptomanie. L'onanisme n'a pas été constaté par ses parents Les fonctions digestives sont normales, sauf le gâtisme. Il tousse encore un peu. Conduit, il y a quelques jours, à l'hôpital Trousseau pour y

faire traiter sa hernie, l'enfant y fut examiné et l'on conseilla à la mère de le placer à Bicêtre.

État actuel. (10 *juin* 1889). — État général. — *Crâne* symétrique, à bosses frontales et pariétales très accentuées; *front* presque vertical. *Cheveux* châtains, irrégulièrement implantés, le tourbillon postérieur est presqu'au niveau de la bosse pariétale gauche. Le cuir chevelu est à peu près complètement dépourvude cheveux en avant aux régions temporo-pariétales et à la partie inférieure de l'occiput, ce qui est vraisemblablement dû au tic de Leb... qui s'arrache les cheveux.

Visage rond. *Arcades sourcilières* peu accentuées, recouvertes d'un fin duvet châtain. Fentes palpébrales régulières. Paupières tuméfiées surtout les supérieures par le fait d'une *blépharo-conjonctivite*. — *Yeux* normaux et à motilité normale. Iris verts. Pupilles égales et à réactions normales. La vision parait bien s'effectuer. — *Nez* un peu aplati à sa racine, légèrement épaté, narines assez étroites ; léger coryza chronique. *Lèvres* épaissses. *Bouche* moyenne. Rien de particulier à la voûte palatine, à la langue, ni à la muqueuse buccale. *Menton* petit et rond. *Joues* épaisses et tombantes, élargissant la base du visage. *Dentition* de lait complète, la plupart des dents, surtout à la mâchoire supérieure, sont attaquées par la carie. L'articulation parait exacte. *Oreilles* assez grandes à ourlet épais.

Cou moyen, quelques ganglions sous-sterno-mastoïdiens tuméfiés, tant à droite qu'à gauche. Pas de goître.

Thorax, un peu étroit. Les insertions des cartilages costaux au sternum donnent lieu à une double ligne saillante. Les fausses côtes sont déjetées en dehors de façon à imposer au thorax la forme d'un sablier. Il n'y a pas de déviation de la colonne vertébrale. Rien de notable à la percussion. A l'auscultation, l'inspiration est un peu rude aux sommets et l'expiration est sifflante et prolongée. Mouvements respiratoires 24 à la minute. *Cœur* normal ; 80 pulsations.

Ventre souple. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Estomac non dilaté. *Anus* normal. — *Organes génitaux*. Testicules dans les bourses qui sont rétractées, très petits, du volume d'un pois. *Phimosis* léger. *Verge* : longueur et circonférence 35 mm. Aucune trace de *hernie* n'est constatée.

Membres supérieurs égaux et réguliers ; il en de même des *membres inférieurs*.

Petites adénites chroniques dans les aisselles et les aînes,

La *sensibilité générale* sous ses divers modes (tact, dou-

leur, chaleur.) parait physiologique. L'*odorat* est peu développé. Le *goût* existe.

Poids à l'entrée	11 kg.
Taille	0m 92

Mensurations de la tête en juin 1889.

Circonférence horizontale maxima	48 cm.
1/2 circonférence bi-auriculaire	31 cm.
Distance de l'artic. occip. altoidienne à la racine du nez	34 cm.
Diamètre antéro-postérieur	16 cm. 2
— bi-auriculaire	9 cm. 5
— bi-temporal	13 cm.

A l'entrée l'enfant séjourne durant un mois et demi (jusqu'au 23 juillet) à l'infirmerie, tant pour s'assurer de la cause de son alopécie partielle, que pour y être soigné de sa conjonctivite et d'une légère diarrhée. Il est ensuite envoyé à la petite école.

Notes de l'École en juillet 1889. — *Parole :* pas très distincte, rarement spontanée, mais il répète tout ce qu'on veut avec des vices de prononciation : Il prononce b, c, t comme j ou d indifféremment. Il se tient assez bien à table, se sert de la cuiller, peu de la fourchette et pas du couteau. Il mâche en bavant légèrement, ne rumine pas. — *Gâtisme* ordinaire la nuit, de plus en rare le jour.

Préhension normale. — *Marche* assez bonne mais il ne sait pas sauter. — *Sommeil* calme. — *Onanisme* surtout le soir. — Il ne sait s'habiller, ni faire sa toilette. — *Instruction* absolument nulle.

Caractère doux, aime que l'on s'occupe de lui, chante souvent. — *Tics.* L'enfant tette son pouce et a l'habitude de s'arracher les cheveux et de les rouler entre le pouce et l'index devant ses yeux.

Marche de la maladie. — 2 *décembre.* — Leb... présente sur la langue, à l'anus et au périnée des plaques dont l origine syphilitique est évidente. Les adénites chroniques dont il est porteur sont plus volumineuses. Les ganglions submaxillaires sont tuméfiés. — *Traitement :* Frictions mercurielles ; iodure de potassium 1 gr. par jour. Chlorate de potasse.

19 *décembre.* — L'enfant descend à l'infirmerie atteint de conjonctivite aiguë. En même temps il tousse, a de la dyspnée. Inspiration très rude à l'auscultation. T.R. 38°,5. — *Soir :* 38°,1.

31 *décembre.* — L'état jusque-là stationnaire s'aggrave. La température atteint 40°. La dyspnée est très intense. Subma-

tité, râles sous-crépitants aux deux bases. Souffle à gauche. Vésicatoire. Potion de Todd.

1890. 2 *janvier.* — Épistaxis léger. Température vespérale 40°. Respiration à 46 par minute.

5 *janvier.* — La bronchopneumonie devient de plus en plus grave. Dyspnée croissante. Asphyxie imminente. — T.R. 38°,8. — *Soir :* 41°,4.

6 *janvier.* — T. R. 40°,8. — *Soir :* 41°.

7 *janvier.* — Légère amélioration le matin. T.R. 40°. — *Soir :* 41°,4.

8 *janvier.* — T.R. 40°,4. — *Soir :* 39°,6.

9 *janvier.* — T.R. 39°. — *Soir :* 40°,2.

10 *janvier.* — T.R. 39°. — *Soir :* 39°,5. Collapsus.

11 *janvier.* — T.R. 38°,5. Mort. — *Poids* après la mort : 10 k.,300.

AUTOPSIE le 13 *janvier.* — *Cou : Larynx, trachée* : rien de particulier. *Corps thyroïde :* 5 gr. Pas de trace de *thymus.*

Thorax. — Ni adhérences, ni épanchement dans les plèvres. *Poumon gauche* (210 gr.) Hépatisation grise de la base de ce poumon, les bronches à la pression laissent sur la coupe sourdre du pus. — *Poumon droit* (180 gr.) : congestion très-intense de la base avec noyaux d'hépatisation. Pas de tubercules dans les poumons. — *Péricarde,* normal. *Cœur* (70 gr.) : rien de particulier.

Abdomen. — *Estomac* et *tube digestif :* à relever. *Pancréas :* (30 gr) — *Rate :* (30 gr.) — *Foie :* (540 gr.) aucune lésion. — *Rein gauche :* (75 gr) ; *rein droit :* (70 gr.) ; un peu pâles mais se décortiquant bien. — *Vessie :* rien de particulier.

Crâne. — Calotte symétrique, mince partout sauf au niveau de la partie moyenne de l'occipital où elle est assez épaisse et mesure 7 millim. Non seulement les sutures ne sont pas synostosées, mais encore on voit le jour au travers et on fait jouer les os les uns sur les autres.

La suture coronale est très dentelée, excepté à la partie moyenne. La suture inter-pariétale offre des dentelures étroites. L'os épactal est divisé en deux par un prolongement de la suture inter-pariétale : ces deux petits os épactaux sont mobiles et de niveau avec les parties voisines des pariétaux. La partie de l'occipital, située immédiatement au-dessous, est épaissie et forme une légère saillie par rapport aux pariétaux. Les trous pariétaux sont très visibles. — Base symétrique.

Méninges. — Pas d'adhérences, ni de traces de méningite. Congestion de la pie-mère et des plexus choroïdes.

Encéphale	1060 gr.
Hémisphère cérébral droit	470 —
— gauche	470 —
Cerveau	940 —
Hémisphère cérébelleux droit	48 —
— gauche	48 —
Bulbe et protubérance	15 —
Liquide céphalo-rachidien	9 —

Cerveau. Hémisphère gauche. — *Lobe frontal.* — Les circonvolutions frontales sont petites, contournées, séparées par des sillons assez profonds. F_1 est d'apparence normale, elle donne naissance à son tiers antérieur à F_2 qui assez contournée va se jeter dans FA par un large pli de passage tandis qu'un sillon profond termine F_1 en la séparant de FA. F_3 est très contournée et présente la forme d'un crochet à concavité inférieure de la convexité duquel partent deux plis de passage qui vont vers F_2 mais en sont séparés par des sillons assez profonds. F_3 communique avec FA par un mince pli de passage. La masse cérébrale dont F_3 forme la base offre l'aspect d'un lobule. La scissure préfrontale est profonde et coupée par le seul pli de passage de F_2. FA est large, nette sans autre particularité que ce pli.

Le *sillon de Rolando* est profond et rectiligne. La scissure de Sylvius large présente ses deux branches normales et laisse apparaître l'insula régulièrement développée en apparence.

Le *lobe pariétal* est nettement divisé et d'une simplicité schématique. PA est rectiligne et ne présente de pli de passage qu'à son extrémité supérieure. Le sillon intrapariétal est profond et sépare nettement le lobule pariétal supérieur du lobule pariétal inférieur. Le pli courbe est net.

La *scissure perpendiculaire* externe est nettement accusée.

Le *lobe temporal* offre trois circonvolutions peu développées. T_1 est d'aspect normal. T_2 et T_3 se confondent par de nombreux plis de passage. — Le *lobe occipital* est coupé par de rares sillons à peine accusés et présente un aspect rudimentaire.

La *face interne* de l'hémisphère a un aspect presque normal. F_1 est divisée à sa face interne par des sillons nombreux. Le lobule paracentral, l'avant-coin et le coin n'ont rien de particulier. Il en est de même de la circonvolution du corps calleux et du lobe temporo-sphénoïdal.

Le *corps calleux* est épais. le septum lucidum, le trigone, le ventricule paraissent normaux macroscopiquement. Il en est de même du corps opto-strié.

Hémisphère droit. — *Lobe frontal.* — Les circonvolutions

de ce côté offrent un aspect tout différent de celles de gauche. La scissure de Sylvius, l'insula, le sillon de Rolando délimitent normalement le lobe mais les circonvolutions très contournées ont une morphologie différente. F_1 assez mince surtout à son origine est bien contournée et communique avec F_2 par trois petits plis de passage F_2 est coupée par un sillon à son tiers postérieur, tres contournée elle communique dans ses $^2/_3$ antérieurs par trois plis de passages assez volumineux avec F_3 et en arrière se jette dans FA en faisant un grand crochet à concavité inférieure dont l'extrémité antérieure se continue avec le tiers postérieur de F_3. Ceci joint aux deux plis antérieurs avec F_1 lui fait perdre au premier abord son autonomie. Quant à F_3, son tiers postérieur très mince et très réduit est séparé de ses deux tiers antérieurs par un sillon profond, FA conserve son aspect normal, un sillon la coupe en deux à sa partie moyenne.

Ce sillon transversal se continue dans le lobe frontal bordant une partie de F_2 et coupant le sillon préfrontal et du côté du lobe pariétal en coupant PA à sa partie moyenne. Il est parallèle à la scissure de Sylvius. Il se continue avec le sillon intra-pariétal de sorte que le *lobe pariétal* offre deux régions très nettement séparées, l'une formée d'une longue circonvolution réprésentant la moitié supérieure de PA et le lobule pariétal supérieur ; l'autre plus contournée comprenant la partie inférieure de PA, le lobe pariétal inférieur et le pli courbe.

Le *lobe temporal* n'offre rien de particulier si ce n'est comme à gauche les nombreux plis de passage entre T_2 et T_3.

La *scissure perpendiculaire externe* est nette, plus accusée qu'à gauche. Le *lobe occipital* est toujours d'aspect rudimentaire mais un peu plus compliqué qu'à gauche.

La *face interne de* l'hémisphère n'offre rien de particulier F_1, le lobe paracentral, l'avant-coin, le coin, la circonvolution du corps calleux, le lobe temporo-sphénoïdal, sont normaux morphologiquement, peut-être un peu rudimentaires. — Rien de particulier du côté du *ventricule*, ni du *corps opto-strié*.

Les *tubercules quadrijumeaux* ont leur aspect macroscopique normal. Il en est de même des *pédoncules*, des deux *hémisphères cérébelleux*, du *bulbe*, de la *protubérance*, du *quatrième ventricule* et de la *moelle*.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents héréditaires* de Leb... sont insignifiants du côté de la mère, mais sont graves du côté paternel : grand père *buveur*,

grand'mère *aliénée* et *paralytique*, père atteint de *crises convulsives*, probablement hystériques ou épileptiques, deux oncles *coléreux* et *violents*, voilà plus qu'il n'en faut pour créer à l'enfant des prédispositions aux affections nerveuses.

II. Les *antécédents personnels* de l'enfant sont peu compliqués. Ce n'est qu'à l'âge de deux ans qu'apparaissent les *premières convulsions*, qui ont sans doute aggravé la situation de Leb...

III. L'état physique et mental du malade observé à Bicêtre permet de le considérer comme un type de dégénéré. Les *tics*, le gâtisme, le manque de parole à peu près complet sont les symptômes les plus saillants.

IV. L'autopsie n'a révélé aucune lésion cérébrale macroscopique. Néanmoins la morphologie rudimentaire et souvent anormale des hémisphères est sans doute la cause de l'état intellectuel de Leb... dont le diagnostic doit être : *idiotie congénitale*.

VII.

Sclérose cérébrale hémisphérique : idiotie, hémiplégie droite et épilepsie consécutives;

Par BOURNEVILLE.

Sommaire. — *Père, excès de boisson, fièvres intermittentes — Grand'mère paternelle, excès de boisson. — Grand-père maternel, quelques excès de boisson. — Une cousine maternelle, épileptique. — Une autre arriérée, bègue. — Un oncle, excès de boisson. — Tante et cousine, idiotes. — Plusieurs frères et sœurs, convulsions.*

Cyanose à la naissance. — Premières convulsions sous forme d'état de mal à 5 ans avec prédominance à droite. — Hémiplégie droite et idiotie consécutives. — Convulsions pendant trois mois. — Début de l'épilepsie à 13 ans 1/2.

Description du malade. — Impulsions violentes : colères, injures, obscénités. — Légère torsion de la verge et épispadias. — Onanisme fréquent. — Accès sériels de plus en plus fréquents. — Escharres et gâtisme consécutifs à une série. — Attitude voûtée et inclinaison du corps de plus en plus prononcée. — Évolution de la puberté. — État de mal. — Élévation notable de la température. — Mort. — Marche de la température et de la rigidité cavadériques.

Autopsie. — *Liquide céphalo-rachidien abondant. — Atrophie totale de l'hémisphère cérébral gauche. — Atrophie du pénoncule cérébral, du tubercule mamillaire et de la bandelette optique gauches. — Description du cerveau. — Description du squelette : Arrêt de développement de toute la moitié droite.*

Douc... (René), né à Paris le 16 mars 1865, est entré à Bicêtre, dans notre service, le 20 juin 1879.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère.*) —

Père, 47 ans, homme de peine, assez calme d'ordinaire, fait des *excès de boisson* et a « le vin très exalté »; bien portant, a eu les *fièvres intermittentes* de 27 à 35; c'est dans cette période qu'est né le malade. Pas de syphilis. — [*Père*, inconnu. — *Mère*, faisait des *excès de boisson*, morte à 72 ans. — Une *sœur*, bien portante, mère d'enfants sains. — Pas de maladies nerveuses dans le reste de la famille].

Mère, 50 ans, fruitière, intelligente, sobre, peu nerveuse bien portante. — [*Père*, débardeur, quelques *excès de boisson*, plusieurs hémoptysies, mort à 45 ans, à la suite d'un coup reçu dans la poitrine, au cours d'une joûte. — *Mère*, 74 ans, en bonne santé. Un *frère* a deux filles : l'une, forte et intelligente, aurait eu, au moment de la puberté, des *accès d'épilepsie* qui auraient reparu pendant un an; ils auraient cessé depuis plus d'une année. L'autre a « l'*intelligence lourde et bégaie un peu* ». Un autre *frère* (de mère seulement), nerveux, fait des *excès de boisson*. — Une *sœur*, morte *idiote* à 19 ans, sans avoir parlé, ni marché. — Une *cousine germaine* « a la tête faible », mais gagne sa vie].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans (mère plus âgée).

Six *enfants* d'un premier lit : 1° une *fille* un peu nerveuse dont un des enfants a eu des *convulsions internes;* — 2° un *garçon* mort athrepsique à 2 ans ; — 3° un garçon mort du croup (?) à 9 mois ; — 4° un garçon mort de « rougeole rentrée » à 2 ans 1/2 ; — 5° un garçon « *bossu* », *a eu beaucoup de convulsions*, est mort à 18 ans, à la suite d'un abcès par congestion ; — 6° un garçon, 27 ans, bien portant, *a eu des convulsions internes.*

Cinq *enfants* d'un second lit : 1° une fille, 18 ans 1/2, *médiocrement intelligente* et qui a eu beaucoup de *convulsions;* — 2° notre malade ; — 3° une fille, 15 ans 1/2, *nerveuse, peureuse*, sujette à des *cauchemars*, a eu des *convulsions* ; elle est intelligente ;— 4° un garçon, intelligent, a eu des *convulsions;* — 5° un garçon, passablement intelligent, a eu des *convulsions.*

Notre malade. — Pas de rapports sexuels durant l'ivresse. — *Grossesse* bonne. — *Accouchement* naturel, à terme. — D... était à sa naissance « aussi gros qu'un enfant de trois mois » ; il était *cyanosé* et on dut saigner le cordon. Sa mère l'a nourri jusqu'à 15 mois ; c'est vers 13 mois qu'ont paru les premières dents. D... a commencé à parler à 15 mois ; il n'a marché qu'à 18 mois. Jusqu'à 6 ans il a *pissé au lit*, mais il

était propre dans le jour. On l'envoya à l'asile : il apprenait assez bien, savait des prières, des chansonnettes.

Il avait 5 ans, lorsque, une après-midi, et à peine couché, il fut pris de *convulsions* généralisées aux quatre membres, et qui ne durèrent que quelques minutes. Vers 7 heures du soir, le même jour, il fut pris d'une nouvelle *crise*, qui dura jusqu'à minuit, sous forme d'*état de mal*. Les *secousses convulsives, qui étaient très fortes, portèrent uniquement sur le côté droit*. A dater de ce jour, D... eut *quotidiennement*, pendant *trois mois, des crises convulsives* qui duraient d'une demi-heure à une heure, et portaient uniquement sur le côté droit. Il passa ces trois mois presque complètement au lit, sans bouger, sans parler, paraissant souffrir lorsqu'on le remuait, surtout du côté droit. On le faisait manger, et il ne dépérit pas trop.

Après cette période, on put le lever, et on s'aperçut *que le côté droit était paralysé* et que *les membres de ce côté étaient devenus rigides*. Il dut apprendre de nouveau à marcher et il ne put le faire *qu'en traînant la jambe ;* le bras était *inerte ;* lorsqu'il recommença à parler, ce fut en *bégayant*. *L'intelligence, elle-même, avait considérablement diminué ;* le caractère, primitivement doux, s'était modifié : D... était devenu colère, violent, brutal.

Jusqu'à 15 ans $^{1}/_{2}$, il n'eut plus de crise convulsive, mais sa paralysie ne se modifia pas, non plus que son intelligence : à l'école *il n'apprit rien du tout*. Puis, à la suite « d'une colère rentrée » contre un voisin, il eut dans la nuit un *premier accès d'épilepsie, avec prédominance des convulsions dans le côté paralysé*. *Nouvel accès* dans la nuit, quatre ou cinq jours après. Les accès se succédèrent ensuite, toujours *nocturnes ;* trois étaient précédés d'un *cri plaintif, étouffé ;* puis tout le corps devenait raide avec inclinaison du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, grincement de dents. Les secousses étaient peu fortes et prédominaient à droite ; pas d'écume, pas de morsure de la langue, pas d'évacuations involontaires. A la fin, stertor, et retour assez rapide de la connaissance ; pas de troubles psychiques consécutifs. Dans la journée, pas d'accès, *à moins qu'on ne le couchât*, mais quelques *étourdissements :* il devenait tout drôle, regardait avec des yeux hagards, blémissait un peu et en quelques secondes c'était fini.

Chez ses parents, il passait la journée sans rien faire. Il était souvent dans la rue avec des chiffonniers, qui lui ont appris les expressions ordurières qu'il débite effrontément ; il n'avait pas de tic, mais bavait en parlant et suçait son

pouce. Pas d'onanisme. Quoique colère, il avait bon cœur, demandait volontiers pardon, n'était pas vindicatif, partageait avec ses camarades, jouait avec les animaux. Il ne rêvait que de travailler pour avoir de l'argent, il connaît la valeur des pièces, prenait des sous pour les donner aux enfants.

État actuel. — *Tête* assez grosse ; *crâne* oval, symétrique, assez développé aux régions occipitale et mastoïdienne.

Diamètre antéro-postérieur	18, 7
Diamètre bi-auriculaire	14, 5
Circonférence	55, 5
Demi-circonférence droite	27, 5
Demi-circonférence gauche	28.

Face allongée, moins développée, plus aplatie à droite, plus joufflue à gauche ; aplatissement de la moitié droite du menton, bouche droite, orifices palpébraux égaux. — *Front* haut, plat ; bosse frontale gauche plus aplatie que la droite, contrairement à ce qui se passe pour le reste de la face (?). — *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* droit, gros. — *Lèvres* épaisses. — *Maxillaire* inférieur régulier.

La réunion des *maxillaires* supérieurs forme une ellipse, donnant une sorte de prognathisme atténué ; la dentition y est complète. — *Voûte palatine* assez étroite, profonde, cintrée, symétrique. — *Voile du palais et ses dépendances*, normaux. — *Oreilles* moyennes, mal ourlées, lobules adhérents.

Cou, régulier. — *Thorax*, déformé par le *rachistisme* (?) surtout à droite ; aplatissement des côtes latéralement ; saillie de ces os au voisinage de leur insertion au sternum qui est oblique et fait saillie par son rebord droit. Le rebord correspondant des fausses côtes descend moins bas que le gauche ; l'épaule droite est élevée. En arrière, le dos, est moins arrondi à droite ; pas de déviation apparente de la colonne vertébrale. Les muscles trapèze, sus-épineux et grand pectoral du côté droit sont moins développés que ceux du côté opposé et l'épaule droite est aussi moins charnue.

Membres supérieurs. — *A première vue,* le membre droit paraît moins développé que le gauche ; son *attitude* est la suivante : le bras est parallèle au tronc, l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit, dirigé horizontalement soit directement en avant, soit transversalement au-devant de l'épigastre ; la main retombe sur l'avant-bras dans une sorte de flexion forcée ; le pouce a sa phalangette en extension forcée ; pour

l'index, le médius. et l'annulaire, la phalangine est en extension forcée, et la phalangette en demi-flexion toutes les parties de l'auriculaire sont en demi-flexion. Si on observe le malade, on voit qu'il n'imprime à son membre que des *mouvements de totalité* ; si on l'engage à remuer tel ou tel seg-



Fig. 13. — Douc... en juillet 1884 (19 ans).

ment, il secoue tout le membre, et les mouvements se passent entre l'omoplate et le tronc. Néanmoins, nous sommes parvenus à *communiquer* à l'épaule tous ses mouvements normaux. On fléchit facilement le coude, mais son extension offre plus de résistance et demande qu'on l'opère avec lenteur ; et

de même au poignet, la flexion est facile, mais l'extension est limitée par les fléchisseurs contracturés. Pas de craquements dans les articulations ; pas d'athéose, pas de modification de la nutrition de la peau, ni du système pileux. A la palpation, le membre paralysé parait plus froid que le gauche.

Membres inférieurs. — Le membre droit, moins développé que l'autre à première vue, est très légèrement fléchi, le pied n'est pas angle droit, mais retombe un peu. Le malade étant couché, si on lui dit de lever la jambe droite, on voit ce membre se roidir et être pris de tremblement, ce qui n'empêche pas le malade de le soulever. Pendant cet effort, le bras correspondant se raidit et se soulève par un *mouvement associé* très net.

D... arrive à fléchir et étendre le genou, quoique très lentement ; nous ne pouvons lui faire comprendre de remuer son pied. En marchant, légère boiterie, comme si ce membre était trop court ; le pied retombe de la pointe, et fauche légèrement. Il est facile de communiquer des mouvements lents à toutes les articulations, dans lesquelles on ne perçoit aucun craquement. On obtient parfois, sur les deux membres inférieurs, des phénomènes d'*épilepsie spinale*. Pourtant il n'y a pas de *phénomènes du tendon* bien nets. — Pas de mouvements choréiformes ; pas de modification nutritive de la peau ni du système pileux ; température plus basse du côté paralysé.

Peau et tissu cellulaire. — Cheveux, sourcils et cils châtains clairs, assez abondants ; moustache blonde naissante ; quelques poils au menton ; poils abondants aux aisselles, au pénil ; tronc glabre ; poils aux quatre membres. Pas d'adénite. — Quelques petites cicatrices sur le dos du poignet droit ; une cicatrice de *brûlure* au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit. Quelques érosions, quelques ecchymoses sur le bras droit, qui parait recevoir des *chocs plus fréquents*. — Une petite cicatrice sur la crête du tibia droit.

Organes génitaux. — Verge très volumineuse, pas de phimosis ; testicules gros, égaux. Onanisme fréquent.

Digestion : appétit excellent, digestion facile, selles régulières ; rate, foie, normaux. — *Respiration :* sonorité à la percussion ; pas de râles. — *Circulation :* cœur régulier ; pas de bruit morbide.

Sensibilité générale conservée sous ses divers modes ; parait être égale des deux côtés. — *Vue, ouïe, odorat, goût,* conservés, mais difficiles à juger comme qualité.

Force musculaire. — Prise à droite avec le dynamomètre



Mathieu : 8 kilogr. (?) ; à gauche, 25 kilogr. En juillet 1881 : *Taille*, 1m,64 ; *poids*, 58 kilogr. 20.

Intelligence. On a essayé, sans succès, d'envoyer Douc.... à l'école ; il se refuse à toute application, et quitte la classe pour passer sa journée à traîner sur les bancs dans la cour. Il ne connaît pas ses lettres, ni ses chiffres, n'a rien appris en gymnastique, n'a ni discernement, ni mémoire. Si on lui montre un objet usuel, en lui en demandant le nom, les usages, il répond le plus souvent par un rire bête et détourne la tête. Il est grossier, et s'il prononce spontanément un mot, ce sera une injure. Très colère, si on veut le contraindre à faire quelque chose, il répond par des injures, mord les personnes, lance ses sabots contre elles, déchire ses vêtements ; il frappe à tout propos les enfants plus jeunes que lui. Pourtant il peut s'habiller, quoiqu'avec une lenteur désespérante ; sait se laver, mange seul, et ne gâte pas d'habitude. Il est incapable de retrouver son lit au dortoir ou sa place à l'école.

Actuellement les *accès* sont à la fois *diurnes* et *nocturnes* ; ils sont très fréquents, ainsi que le montre le tableau ci-après (1).

L'état d'idiotie prononcée de Douce... rend impossible la recherche d'une *aura* : rien d'ailleurs ne nous autorise à en admettr l'existence. Il nous a été donné d'observer un *accès* durant la visite, et voici quelle a été son évolution :

Sans aucun cri initial, Douc... est tombé de sa chaise, et c'est sa chute qui nous a fait retourner. Durant quelques instants, il est resté immobile, comme dans un étourdissement; puis tout le corps s'est raidi, à peu près également des deux côtés, la face tournée à gauche. La phase tétaniforme qui a suivi a prédominé aux deux membres inférieurs. Les secousses cloniques ont à peu près impressionné également les quatre membres. Pas d'écume : sterlor terminal et sommeil consécutif assez prolongé.

Le *traitement*, pour ce malade, s'est borné à peu de chose. Avant son entrée à l'hôpital, on ne lui donnait que quelques bains, A Bicêtre on l'a mis au *bromure de potassium* jusqu'à la dose de 8 grammes, on lui a fait suivre un *traitement hydrothérapique* à diverses reprises, mais très irrégulièrement, aussi, pas d'amélioration notable. Le seul bénéfice qu'on en a retiré a été de la rendre plus traitable, plus calme (2).

---

(1) La plupart des vertiges doivent avoir échappé à l'observation.

(2) Cette première partie de l'observation a été déjà publiée dans la thèse de l'un de nos internes, le Dr Wuillamié. (*De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique*, 1882).

Entré à l'école le 20 octobre 1879, D.... ne connait pas les lettres ni tracer aucun caractère d'écriture. Il additionne des nombres simples, tels que 2 et 1, 4 et 3, mais ne connait pas tous les chiffres. Pas de mémoire. Pas de discernement. — Gymnastique : sans aucune notion, mauvaise volonté, ne veut rien faire.

Membres supérieurs.

	1879		1882		1886 (1)	
	Droit.	Gauch.	Droit.	Gauch.	Droit.	Gauch.
Circonf. au niveau de l'aisselle	24	26	28	32	20	24
Circonf. à 0m, 10 au-dessus de l'oléc	22 1/2	24 1/2	24 1/2	27 1/2	17 1/2	21 1/2
Circonf. à 0m, 10 au-dessous de l'oléc	20 1/2	24 1/2	21 1/2	26 1/2	17	21
Circonf. au niveau du poignet	15	17	15	17	14	16
Circonf. au niveau du métacarpe	17 1/2	18	»	»	16	18
Distance de l'acromion à l'olécrâne	32 1/2	32	31 1/2	36 1/2	32 1/2	37 1/2
Distance de l'oléc. à l'apo. sty. du cubit.	24 1/2	26	24 8	26 1/2	24 1/2	26
Distance du cubitus à l'extrém. du médius.	18	18	18	18	19	19

Membres inférieurs.

Circonf. au niveau de l'aine	40	39	49	54 1/2	31	37 1/2
Circonf. à 0m, 10 au-dessus de la rotule	27	29	40	45 1/2	24	26 1/2
Circonf. à 0m. 10 au-dessous de la rotule	25	26 1/2	30	23 1/2	16	20 1/2
Circonf. au niveau du cou-de-pied	24 1/2	24 1/2	24 1/2	24 1/2	17 1/2	18 1/2
Circonfér. à la partie moyenne du pied	22 1/2	23	22 1/2	23	20 1/2	21
Distance de l'épine iliaque antéro-posterieure à l'interligne art. du genou	49	49	49	49	45	45
Distce de l'interligne à la malléole externe.	38	38	38	38	40	41
Distce de la malléole externe à l'extrémité du médius	18	19 1/2	19	19 1/2	19	20 1/2
Longueur du pied	26	26	»	»	»	»

(1) Ces mensurations ont été prises quand le malade venait de mourir alors qu'il avait beaucoup maigri.

1er *septembre.* — L'enfant prend régulièrement ses douches en jet en éventail. Il est plus tranquille, mais toujours violent.

2 *décembre.* — Douc.... refuse absolument de faire quoi que ce soit ; en classe il frappe les petits enfants, qu'il mord lorsqu'on veut le contraindre à travailler. A la plus petite contrariété, il déchire ses vêtements. Il insulte sans cesse les maîtres par les paroles les plus grossières ; il est rebelle aux avis les plus bienveillants. — Les douches ont été continuées jusqu'à ce jour.

1880. 5 *mars.* — D... est revacciné sans succès avec du vaccin d'enfant.

21 *septembre.* — Le maître obtient de lui faire répéter les lettres et d'en tracer pendant 8 à 10 minutes. — D... est toujours enclin à la colère et aux paroles injurieuses, grossières et obscènes.

18 *août.* — Amélioration légère. — On continue les *douches.*

8 *novembre.* — Suspension des douches ; bromure de potassium de 2 à 8 grammes ; école. D... lit un peu ; gymnastique (où il y a peu de progrès).

1881. 4 *juillet.* — D... ne veut rien faire et devient d'une violence extrême si on veut le contraindre.

22 *septembre.* — *Fluxion* à la suite de *carie dentaire.*

1er *novembre.* — *Éruption papuleuse* et vésiculeuse. apyrétique, presque généralisée, plus abondante sur le ventre, la verge et les mains. Sillons dans les espaces interdigitaux *(gale).* Traitement : Un bain de savon noir, friction avec la pommade d'Helmerich, bains sulfureux.

7 *novembre.* — Nouvelle friction ; bains d'amidon alternativement avec des bains sulfureux.

11 *nov.* — Amélioration notable. — 17 *nov.* -- Pas de récidive de la gale.

1882. — L'enfant a suivi le traitement hydrothérapique d'avril à septembre.

1883. — Hydrothérapie du 1er au 30 novembre.

10 *novembre.* — A eu 436 accès du 1er avril au 31 octobre tandis qu'il en avait eu 652 dans la même période de 1882. Onanisme fréquent.

20 *nov.* — Plaie à la partie supérieure de l'oreille dans un accès. L'étendue du traumatisme est peu considérable. — Pansement phéniqué.

24 *nov.* — La plaie marche vers la cicatrisation, qui est

entravée parce que le malade cherche constamment à enlever le pansement.

1884. — Hydrothérapie du 1er avril au 1er septembre.

1er *juillet*. — Même état. D... passe son temps à flâner dans la cour de l'infirmerie. Il lui arrive, mais très-rarement, de gâter.

Puberté. — Poils abondants et frisés au pénil. Bourses pendantes. Testicules volumineux. Verge très-développée. — Gland, peu découvert. — Le méat, dont les bords sont convexes, est étroit et situé à l'extrémité du gland sur la face antérieure. (Léger degré d'*épispadias*). *Onanisme*.

1885. 5 *janvier*. — Pas de folie après les accès. — Pas d'inégalité des pupilles. Pas d'embarras de la parole. Persistance de l'onanisme. On l'habille et le déshabille. — Gâteux la nuit et tous les jours, même quand il n'a pas d'accès. Son attitude est la même, toujours voûtée. Quand on veut l'habiller ou le déshabiller, il se sauve au bout de la salle. Les recherches avec le dynamomètre sont impossibles.

7-10 *janvier*. — Embarras gastrique.

17 *juillet*. — *Puberté*. Moustache blonde, assez fournie. Poils abondants et longs à la lèvre inférieure et au menton. Léger duvet sur les joues. — Poils abondants et longs au pénil et à la racine des bourses qui sont pendantes, de niveau. — Testicules *égaux*, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon. Verge volumineuse, un peu tordue vers la droite. Circonférence 9 ; longueur 9 1/2. — D... continue à se masturber Poils assez abondants à l'anus.

La *pupille droite* est un peu plus dilatée que la gauche. — On ne peut obtenir de D... qu'il fasse sortir la langue et c'est à peine si on peut lui arracher quelques paroles.

Attitude : Il est penché en avant, toujours très voûté ; il lève péniblement le pied droit. dont la pointe frotte. Le bras droit est pendant le long du thorax, l'avant-bras fléchi, la main tout à fait fléchie. — D... est toujours gâteux, grossier. Il n'aime pas aller aux douches. Parfois *crises de colère* dans lesquelles il déchire ses habits.

26 *décembre*. — Depuis 15 jours, D... a des *accès* très fréquents. Il présente des *ulcérations*, les unes arrondies, les autres ovalaires sur presque tout le dos, sur la région trochantérienne droite, de volume variable.

1886. 9 *février*. — *Puberté*. Moustache blonde, bien dessinée, assez épaisse, égale des deux côtés. Barbe assez abon-

dante au menton ; mouche bien fournie. Duvet sur les joues. Poils roux, très abondants au pénil. Les poils sont également très abondants et très longs à la racine des bourses, pendantes. Les testicules sont égaux, de la dimension d'un petit œuf de pigeon. Verge : circonférence, 82 mm. ; longueur, 105 mm. Le gland est en partie découvert, découvrable. Le méat est un peu étroit avec excoriation. Poils assez abondants à l'anus et aux aisselles. Il ne paraît pas y avoir de différence entre les deux côtés au point de vue du développement et de la répartition du système pileux.

D... présente au niveau du sacrum à droite : 1° une escharre de 2 centimètres de diamètre ; 2° trois larges cicatrices d'escharres un peu plus petites. Rien de semblable à gauche, mais sur les deux côtés du thorax et les trochanters, macules et cicatrices de petites escharres consécutives au décubitus et au gâtisme qui a débuté pendant la série d'accès qu'il a eue au mois de janvier. Pupilles égales.

21 *juin.* — Le malade a eu six accès. Il est pâle, abattu, ne mange pas. Le pouls est petit.

22 *juin.* — D... a encore eu six accès. Son état reste le même.

23 *juin.* — Depuis hier quatre accès. Prostration. Beaucoup de difficulté pour avaler. Les quelques mots qu'il disait dans ces derniers temps ne peuvent plus être articulés. Il n'allonge plus ses jambes, il a un certain degré de contracture. Quand on veut défléchir la jambe gauche, l'on n'y parvient pas. Le membre supérieur gauche n'est pas contracturé, les membres du côté droit ont leur ancienne attitude. La face est hébétée. — Au sacrum, eschare grosse comme une pièce de cinq centimes. Pas d'autres eschares.

24 *juin.* — Ce matin D... est très agité, sa face est rouge, un peu congestionnée, les yeux sont hagards, il agite fréquemment son bras gauche et sa jambe droite, cherche à mordre ceux qui l'approchent, mord ses draps. Quatre accès depuis hier.

16 *juillet.* — Plaques rouges un peu ulcérées au trochanter droit.

23 *juillet.* — Depuis sa dernière période de grands accès (21 et 25 juin) ses jambes ne le supportent plus ; elles ont tendance à se replier ; en tous cas elles s'allongent difficilement. Les eschares, dont une au sacrum et deux sur le haut de la jambe droite, qui étaient en bonne voie de guérison, se sont rouvertes et ont augmenté de dimension. D... continue à se masturber, mais moins qu'autrefois. Selles régulières, *involontaires.* Appétit revenu.

Tableau des accès et des vertiges.

	1879.		1880.		1881.		1882.		1883.		1884.		1885.		1886.	
	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.	A.	V.
Janvier	—	—	59	»	126	7	53	»	100	2	45	2	42	17	13	1
Février	—	—	119	2	40	8	103	3	108	1	44	»	47	7	18	»
Mars	—	—	113	»	78	4	111	»	84	1	49	»	4[illegible]	2	65	»
Avril	—	—	62	»	70	1	96	»	72	1	55	1	53	22	18	»
Mai	—	—	70	»	89	1	105	»	75	2	78	16	41	15	28	»
Juin	9	»	69	2	85	3	104	»	68	»	27	7	47	13	51	»
Juillet	44	»	51	»	64	»	104	1	67	»	90	5	25	»	29	»
Août	77	»	47	»	23	»	96	—	60	1	75	90	33	86	44	(1)
Septembre	105	»	22	3	24	»	68	—	45	1	46	2	34	47		
Octobre	109	»	47	2	76	»	79	—	49	»	46	»	32	3		
Novembre	37	»	139	»	53	»	112	—	32	1	44	7	22	»		
Décembre	76	»	134	1	46	»	97	1	58	»	43	18	66	»		
Totaux	457	»	936	10	775	24	1128	5	818	10	642	148	485	212	266	1

(1) Le décès a eu lieu le 7 août 1886.

4 août. — 9 accès. T. R. 38°, 4. — *Soir* : T. R. 38°, 6.

5 août. — *État de mal* depuis hier, 10 accès ce matin. 18 accès hier. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°, 3.

6 août. — Même état — K. Br. Bouillon et lait. Dans les trois deriners jours de l'existence, le malade n'a pas prononcé un seul mot. Les accès du 5 sont venus de la façon suivante : 12 le matin, en 4 heures de temps ; 6 dans l'après-midi. Dans les accès du matin la connaissance n'était pas revenue, elle n'est pas revenue non plus entre la série du matin et la série du soir. L'amaigrissement a fait des progrès assez rapides depuis quelques mois ; le malade était affaibli et ces dernières séries l'ont achevé. 3 accès. T. R. 37°, 9. — *Soir* : T. R. 38°, 9.

7 août. — L'enfant meurt à 7 h. 15 du matin avec une température de 41°, 2, sans avoir repris connaissance et sans avoir eu de nouveaux accès.

Tableau du poids et de la taille.

	1879	1880		1881		1882	
	Octob.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	60 k. 600	»	60 k. 200	»	58 k. 200	63 k. 700	64 k. 300
Taille	1^m 62	»	1^m 64	»	1^m 64	1^m 65	1^m 63

	1883		1884		1885		1886
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	64 k.	59 k. 800	61 k. 200	61 k. 200	58 k. 700	63 k. 500	54 k.
Taille	1^m 63	1^m 63	1^m 63	1^m 63	1^m 63	1^m 59	1^m 59

Température après décès.

Après 5 minutes	41° 2
— 15 —	41°
— 1 heure	40°
— 2 heures	36°

Poids après décès : 38 kilog.

État de la rigidité cadavérique.

1° Le 7 août à 10 heures du matin. — Raideur du cou. — *A droite,* rigidité de l'épaule, du coude, du poignet et des doigts. L'avant-bras est à angle droit sur le bras, la main à

angle droit sur le poignet. Rigidité très forte de la hanche, du genou ; le cou-de-pied est souple ainsi que les orteils.

A gauche, rigidité moindre de l'épaule, maigreur du coude, rigidité très prononcée du poignet et des doigts qui sont fléchis. Rigidité assez prononcée de la hanche, prononcée du genou ; cou-de-pied souple, légère raideur des orteils. La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, tandis que la droite est à demi fléchie.

La face est tournée à gauche. Les paupières sont entrouvertes. La pupille droite est presque moitié plus grande que la gauche. Les lèvres sont bleues.

2° Le 7 *août* à 3 heures du soir, rigidité cadavérique amoindrie. On peut, sans trop d'efforts, plier les membres supérieur et inférieur gauches, beaucoup plus difficilement les membres supérieur et inférieur droits.

AUTOPSIE *faite le* 9 *août* 1886. — Au moment de l'autopsie, la rigidité cadavérique a complètement disparu sauf au cou-de-pied gauche où elle existe encore un peu. Le cadavre est très amaigri ; l'abdomen très excavé.

Escharres peu profondes sur les deux régions trochantériennes, toutefois l'escharre à droite est plus profonde, la peau est décollée sur une assez grande étendue, environ 5 cent. ; l'os n'est pas dénudé. Le *tissu sous-cutané* est très diminué ; les organes abdominaux ont leur position naturelle. L'estomac n'est pas dilaté ; le foie remonte à 4 ou 5 travers de doigts au-dessus du rebord costal ; le diaphragme remonte à droite jusqu'au bord supérieur de la 4e côte, et, à gauche jusqu'au bord inférieur de la même côte.

Les *vaisseaux huméraux* droits et gauches paraissent normaux : même couleur, même calibre, etc., ainsi que les *nerfs*. Le *nerf médian* gauche paraît de même mesure que le droit. A gauche l'*artère fémorale* est plus large, ses parois sont plus épaisses. Les *nerfs sciatiques* semblent normaux.

A droite, les *articulations* du coude et de l'épaule sont moins développées qu'à gauche. La surface articulaire est normale ; la synoviale ne présente pas de particularités. La coloration est un peu bleuâtre à droite, blanc-jaune à gauche.

Sternum proéminent surtout à droite vers l'insertion des dernières côtes.

Cou. — Pas de *thymus*. — *Glande thyroïde* assez développée à droite, très peu à gauche. — *Larynx*, *œsophage*, *trachée*, rien d'anormal.

Thorax. — A droite le poumon est entièrement adhérent aux parois costales et au péricarde ; à gauche il n'y a pas d'adhérence entre les deux plèvres. Pas de liquide anormal dans la cavité pleurale. *Péricarde,* rien de particulier. — *Cœur* (250 gr.) en systole ; dans les cavités, sang liquide et caillots noirs. Imbibition des valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Le *trou de Botal* est oblitéré. Valvules, myocarde, endocarde rien de notable. — *Poumon droit* (295 gr.) ne présente aucune lésion. — *Poumon gauche* (440 gr.) très forte congestion et œdème du lobe inférieur.

Abdomen. — *Estomac,* sain. — *Foie* (1450 gr.) congestionné, ayant un aspect un peu muscade. *Vésicule biliaire* normale. — *Canal cholédoque* perméable. — *Pancréas,* rien. — *Rate* (125 gr.) très adhérente au diaphragme, capsule ridée et cicatrice médianes. — *Rein gauche* (125 gr.) lobulé, hypérémié, étoiles de Verrheyen. *Rein droit* (130 gr.) lobulé, même état. *Capsules surrénales* normales. — *Vessie* pleine, saine. — *Uretère, testicules, intestin grêle* et *colon,* rien de particulier.

Tête. — A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'écoule une *grande quantité de liquide céphalo-rachidien.* La *calotte* est dure, épaisse, congestionnée, symétrique, toutefois le côté droit présente une épaisseur moindre que le côté gauche. Il en est de même à la base qui parait symétrique (Voir plus loin la description complète du *squelette*). — Le *trou occipital* est normal. — La *dure-mère* est très congestionnée, de même que le cuir chevelu, sur toute sa surface et principalement en arrière et à gauche. — La *pie-mère* est aussi très congestionnée, très épaissie et œdématiée à gauche, mince et œdématiée à droite. — Les *artères* et les *nerfs* de la base, sauf le nerf optique, ne présentent rien de particulier.

L'*hémisphère gauche* est très petit, atrophié dans son ensemble ; les circonvolutions sont vermiformes, l'hémisphère ne recouvre qu'en partie le lobe cérébelleux correspondant et est en retrait en avant et en arrière de l'hémisphère droit qui parait bien conformé. Pas d'adhérences. Le *ventricule latéral* est très dilaté. — Le *pédoncule cérébral* gauche, la moitié gauche de la *protubérance* et du *bulbe* paraissent moins développées qu'à droite. Il en est de même du *tubercule mamillaire* et de la *bandelette optique* gauches. Le pédoncule cérébral gauche est fortement déprimé. Il mesure 9 millim. à sa base tandis que le droit mesure 13 millim. à la même hauteur. Au niveau de la bandelette optique, il mesure 20 mm.

à droite, 17 à gauche. La *protubérance* est un peu déprimée dans sa moitié gauche et est plus courbe (25 millim. à droite, 27 millim. de l'autre côté).

Longueur de l'hémisphère droit		19 cent.
— — gauche		15 cent. 1/2
Hémisphère cérébral droit		465 gr.
— — gauche		185 —
Cervelet et isthme		110 —
Hémisphère cérébelleux droit		45 —
— — gauche		55 —

Les PLANCHES I et II indiquent d'une manière très nette combien la *sclérose atrophique* de l'hémisphère gauche est prononcée. On voit aussi qu'elle porte sur toutes les dimensions de cet hémisphère, qui est très notablement en retrait sur l'hémisphère droit. Le retrait est plus prononcé en avant qu'en arrière. — La PLANCHE II montre l'*atrophie de la bandelette optique*, du *pédoncule*, de la *protubérance* et de la *pyramide antérieure* du côté *gauche* ainsi que l'atrophie de l'hémisphère *cérébelleux droit*. — *Aspect chagriné* de l'extrémité antérieure des lobes temporaux.

Hémisphère gauche. a) *Face convexe*. — Toutes les circonvolutions du lobe frontal sont indurées, très sinueuses et très grêles ; il en est de même de toutes les circonvolutions situées en arrière de la pariétale ascendante et qui répondent au pli pariétal supérieur, au pli pariétal inférieur et à leurs dépendances. Les circonvolutions du lobe occipital sont relativement moins atrophiées. La frontale et la pariétale ascendantes, moins atrophiées, séparent les deux groupes où l'atrophie prédomine, et sont en quelque sorte exhaussées par rapport à ces deux groupes. — Tout le lobe temporal est atrophié et l'atrophie est plus accusée à son extrémité antérieure. — Les digitations du lobule de l'insula sont grêles. (PL. III, *fig.* 1).

c) *Face inférieure*. — Les circonvolutions du lobe frontal et du lobe occipital sont très grêles. La circonvolution de l'hippocampe est au contraire assez volumineuse.

c) *Face interne*. — F[1] est très grêle dans sa moitié antérieure, un peu moins dans la postérieure. Les circonvolutions du lobe quadrilatère sont très petites, plus même que ne l'indique la photographie (1). Le lobule paracentral tranche par ses

(1) Cela tient à la façon dont on a éclairé le cerveau lors de la photographie.

dimensions relativement assez grande sur les circonvolutions très grêles du lobe quadrilatère et de l'extrémité du lobe frontal. Les circonvolutions du lobe occipital sont aussi plus grêles que ne le fait voir la planche. La circonvolution du corps calleux est tout à fait lisse (PL. III, *fig.* 2). Le *ventricule latéral* est un peu dilaté, la *couche optique* et le *corps strié* sont très atrophiés. Les *sillons* sont relativement assez profonds. Les coupes pratiquées sur les masses centrales ne révèlent aucune lésion.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions sont en général bien développées (PL. I et II). Les sillons sont assez profonds, mais les plis de passage sont peu nombreux. Relevons en particulier le développement de F.A. ; P.A. ; P.S. et P.I., sur la face convexe ; — de F^1, L.Q., C.H., T^3 sur la face interne. Les PLANCHES I et II nous dispensent d'en faire une description détaillée.

RÉFLEXIONS. — I. Les *antécédents héréditaires* sont assez chargés. Le *père*, sous l'influence de *fièvres intermittentes* lorsque l'enfant a été conçu, commettait de fréquents *excès de boisson*, comme sa mère — la *grand'mère paternelle* de l'enfant. Il en était de même, mais à un moindre degré, du *grand-père* et d'un *demi-frère maternels* du malade. Signalons encore, dans la ligne maternelle, une *tante idiote*, uue *cousine imbécile* et une autre *épileptique* ; — deux *demi-frères maternels* et un *neveu*, deux *frères* et deux *sœurs*, dont l'une est *arriérée*, qui ont eu tous des *convulsions*.

II. L'enfant est né *cyanosé*. Est-ce à cette condition, dont le degré n'a pu être précisé, ou au terrain héréditaire qu'il faut attribuer le retard de la dentition, de la parole et de la marche, ainsi que l'incontinence nocturne d'urine, nous ne saurions nous prononcer.

III. C'est à 5 ans que débutent les lésions qui ont eu pour conséquence : 1° l'*idiotie* ; — 2° l'*hémiplégie droite* ; — 3° l'*épilepsie*.

Les lésions, sur lesquelles nous reviendrons tout

à l'heure, ont eu pour symptôme capital les *convulsions* qui se sont présentées sous la forme d'un *état de mal.* Elles ont duré sept heures sans arrêt et ont porté *uniquement* sur le *côté droit.* Souvent, après cet état de mal, les malades de cette catégorie ont un répit, les convulsions, soit *isolées*, soit *subintrantes*, ne réapparaissant qu'au bout de plusieurs mois, d'un an, etc. Ici, pendant trois mois, les crises convulsives sont revenues quotidiennement, affectant toujours, exclusivement, la moitié droite du corps. Les convulsions ont eu pour conséquence *immédiate* l'*hémiplégie* et l'*idiotie*, et pour conséquence ultérieure l'*épilepsie.*

1° L'*hémiplégie* occupait les membres du *côté droit*, qui avaient été le siège des convulsions. Elle était complète pour le membre supérieur, incomplète pour l'inférieur. Le membre supérieur était *contracturé*, le bras collé contre le tronc, l'avant-bras presqu'à angle droit sur le bras et la main à angle droit sur le poignet (*Fig.* 13). D... marchait en trainant assez fortement la jambe.

Ainsi que cela est constant, quoique variable en degré, dans l'*hémiplégie infantile,* la paralysie se compliqua d'un *arrêt de développement.* Les mensurations comparatives que nous avons consignées (p. 89) à diverses reprises font voir que l'*atrophie,* ou mieux l'*arrêt de développement*, était plus accusé au membre supérieur qu'au membre inférieur, qu'il allait en quelque sorte en diminuant de la partie supérieure du corps à l'inférieure. Elles montrent encore que les membres du côté paralysé se sont développés de 1879 à 1882, mais que leur développement à été sensiblement moindre que celui des membres du côté sain. Ajoutons que l'hémiplégie se compliquait d'un arrêt de développement de la moitié droite du tronc, thorax et abdomen, et d'une double incurvation de la région dorsale de la colonne vertébrale (*Fig.* 13, 14, 15).

2° L'*idiotie,* comme le prouvent les détails donnés au courant de l'observation, existait à un degré prononcé. Le caractère était irritable, violent. Les instincts sexuels étaient très développés. Tous les efforts faits pour obtenir une amélioration de l'état intellectuel ont échoué. Le traitement, d'ailleurs, a été commencé trop tard, dans la quinzième année et, alors, on avait à lutter et contre la maladie elle-même et contre les habitudes de vagabondage et de paresse contractées par le malade.

3° Dix années après l'apparition des lésions cérébrales — encéphalite — qui s'était traduite cliniquement par l'*état de mal convulsif*, a débuté l'*épilepsie.* Dans les accès, les convulsions prédominaient du côté paralysé. Selon la règle dans l'*épilepsie hémiplégique* — sauf celle qui reconnaît pour cause la méningo-encéphalite — les vertiges étaient absents ou rares. Ils sont devenus fréquents en 1884 et en 1885 pour disparaître presque complètement dans les dix derniers mois de la vie. Les accès se présentaient par *séries*, ainsi qu'on l'observe communément dans cette forme symptomatiqne du mal comitial. Bien que, en général, il n'y ait pas non plus de folie après les crises, que l'intelligence se maintienne telle qu'elle était à l'origine, ces malades n'en sont pas moins sujets à l'*état de mal épileptique.* Douc... nous en fournit un nouvel exemple : il a succombé à cette complication avec une température centrale très élevée (41°,2).

IV. La *sclérose atrophique*, affectant TOUT *l'hémisphère cérébral gauche*, fournit l'explication du syndrome clinique : *état de mal convulsif, hémiplégie* et *idiotie, épilepsie.* La description que nous avons tracée, les PLANCHES I, II, III qui l'accompagnent nous dispensent d'insister. Rappelons seulement qu'il s'agit là d'une forme assez rare de *sclérose cérébrale.*

Comme *lésions consécutives* nous devons mentionner : 1° l'*épaississement du crâne* notablement plus accusé à gauche — côté de la lésion cérébrale — qui contribuait, avec une grande quantité de *liquide céphalo-rachidien* et la *dilatation du ventricule latéral* gauche, à combler le vide qui existait entre la surface de l'hémisphère gauche et la moitié correspondante de la calotte cranienne, car, nous l'avons déjà dit, il n'y avait pas de différence sensible, pas d'asymétrie notable entre les deux côtés de la tête ; — 2° les *dégénérations secondaires*, intéressant la *bandelette optique*, le *tubercule mamillaire*, le *pédoncule cérébral gauches*, de même que la moitié correspondante de la *protubérance* et du *bulbe.*

V. Profitant de l'autorisation qui nous a été accordée d'assister au relèvement des corps de nos anciens malades au bout de cinq ans, nous avons recueilli, dans le cimetière de la commune, le *squelette entier* de D... La question qui nous intéressait surtout, c'était de savoir quel était le degré de l'*arrêt de développement des os* du côté paralysé. Les mensurations comparatives ci-après nous renseignent complètement. (*Fig.* 14 et 15).

CRANE. — Il est allongé, légèrement asymétrique, assez épais et notablement plus à gauche qu'à droite :

	Droit.	Gauche.
Frontal	0.006	0.010
Pariétal	0.004	0.008
Occipital	0.001	0.005

Toutes les *sutures* persistent : elles sont très dentelées du côté de la face externe et, sur la face interne, dessinent une rainure presque rectiligne. A la face interne du frontal, on voit quatre petites cavités lacunaires, dont la plus grande a 6 m/m sur 3 ; l'une d'elles est transparente. Ces espèces de trous borgnes, trois à droite, trois à gauche, disposés suivant une ligne oblique, ne se décèlent en quoi que ce soit à la face externe de l'os.



Fig. 14.



Fig. 15.

A la *base*, toutes les sutures persistent, au point que les temporaux et les pariétaux chevauchent. La voûte orbitaire gauche est un peu plus saillante que la droite. Par contre la fosse temporale gauche paraît un peu plus profonde et plus étroite que la droite. — L'apophyse crista-galli, assez large et haute, est couchée complètement sur la voûte orbitaire gauche. — La fosse pituitaire est normale. — Les différentes parties de la *face* paraissent symétriques ainsi que le maxillaire inférieur.

Angle facial .... 78°

Tête.

Circonférence horizontale maxima	0.520
Demi-circonférence bi-horizontale	0.053
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	0.570
Diamètre antéro-postérieur maximum	0.187
— bi-auriculaire maximum	0.107
— bi-pariétal maximum	0.140
— bi-temporal	0.135
Hauteur médiane du front	0.045

Thorax.

	Droit.	Gauche.
Clavicules	0.130	0.145

		Droit.	Gauche.
Omoplates.	Bord postérieur	0.165	0.180
	— supérieur	0.095	0.105
	— externe	0.135	(1) 0.135
	Long. de l'épine de l'omoplate	0.145	0.155

	Droit.	Gauche.
Longueur de la 1re côte en suivant sa courbure.	0.120	0.135
— 2e —	0.195	0.200
— 3e —	0.295	0.300
— 4e —	0.350	0.355
— 5e —	0.340	0.380
— 6e —	0.425	0.435
— 7e —	0.465	0.480

(1) L'angle postérieur est arrondi à droite tandis qu'à gauche, il est coupé obliquement et partant raccourci.

Pour les sept premières côtes, les mensurations ont été prises depuis l'insertion au sternum ; elles comprennent donc les cartilages. Les mensurations suivantes ne comprennent que la côte osseuse :

	Droit.	Gauche.
Longueur de la 8e côte en suivant sa courbure.	0.315	0.320
— 9e —	0.295	0.305
— 10e —	0.260	0.265
— 11e —	0.210	0.220
— 12e —	0.140	0.100

La moitié droite du *sternum* est environ 3 à 4 millimètres moins large que la gauche.

La *colonne vertébrale*, régulière à la région cervicale et à la région lombaire, présente à la région dorsale une incurvation à convexité postérieure très-prononcée correspondant aux 5 premières dorsales. En même temps, il existe une légère incurvation latérale à convexité dirigée à gauche répondant également aux 5 premières vertèbres dorsales. Par suite de l'usure du squelette, il est difficile de dire si les *apophyses transverses* des vertèbres du côté paralysé étaient plus petites que celles du côté sain.

Membres supérieurs.

	Droit.	Gauche
Humérus..................................	0.305	0.330
Cubitus..................................	0.245	8.265
Radius..................................	0.225	0.245

A l'époque de l'autopsie nous avions détaché la *main paralysée* ; cette main ayant été perdue nous ne pouvons plus aujourd'hui faire de comparaison, pour le squelette des mains, entre les os du poignet, du carpe, du métacarpe et des doigts.

Bassin.

Diamètre antéro-postérieur.................		0.125
Diamètre transverse.......................	0.06	0.06
Diamètre oblique..........................	0.125	0.125
Pourtour de l'os iliaque, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse du pubis en passant au-dessus de la cavité cotyloïde..........................	0.280	0.320
De l'épine iliaque antérieure et supérieure à la symphyse du pubis.....................	0.160	0.170

L'articulation sacro-iliaque paraît plus relevée que la gauche. La fosse iliaque droite paraît un peu moins profonde que la gauche. Le maximum d'épaisseur de l'os est à droite de 22 millim. et à gauche de 23 millim.

Membres inférieurs.

	Droit.	Gauche
Fémur	0.450	0.458
Tibia	0.355	0.368
Péroné	0.360	0.365
Calcanéum	0.070	0.080
1er métatarsien	0.060	0.600

	Droit.	Gauche.
2e métatarsien	0.075	0.065
3e —	0.070	0.070
4e —	0.065	0.065
5e —	0.060	0.060

Ces mensurations comparatives montrent l'influence de la lésion cérébrale sur le dévoloppement de la moitié du squelette correspondant au côté paralysé. Cet arrêt de développement intéresse non seulement les os des membres mais encore le thorax et le bassin. Très prononcé sur l'ossature des membres supérieurs, l'arrêt de développement l'est beaucoup moins sur celle des membres inférieurs où il est même nul pour le métatarse.

VIII.

Idiotie complète : Pseudo-porencéphalie double;

Par **BOURNEVILLE** et **Julien NOIR.**

Nous publions cette observation, bien qu'elle présente de nombreuses lacunes, à cause de l'intérêt qu'elle offre au point de vue anatomo-pathologique. Différentes circonstances nous ont empêché de compléter les lacunes qui existent et dans les *antécédents* et dans la *description clinique*.

Sommaire. — *Père, bronchite chronique, rhumatisant, caractère emporté. — Mère, convulsions de l'enfance, phénomènes d'hystérie. — Renseignements insuffisants sur sa famille.*

Émotion et chute durant la grossesse. — Émotion pendant l'allaitement. — Accès d'agitation de 3 à 5 ans. — Renseignements incomplets sur l'histoire personnelle de l'enfant.

Autopsie. — *Pseudo-kystes occupant le lobe temporal et l'insula de l'hémisphère cérébral gauche. — Pseudo-kyste occupant la seconde* circonvolution temporale droite. — *Atrophie de la troisième circonvolution temporale droite.*

Regn... (Jean), âgé de 6 ans 1/2, né à Paris, le 16 décembre 1886, est entré le 28 juillet 1893 à Bicêtre (service de M. Bourneville). Le certificat d'admission porte qu'il est atteint d'*arrêt de développement des fonctions intellectuelles* avec *poussées méningitiques* fréquentes.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère* en juillet 1895). — Père, 38 ans, représentant de commerce, a eu une fièvre typhoïde à 15 ans, maladie qui fut longue mais sans complication. Il a fait son service militaire, et a été enfant de troupe durant son jeune âge. Depuis 7 ans, il serait atteint

de bronchite chronique avec emphysème pulmonaire. Il a eu aussi, à diverses reprises, des attaques de rhumatisme articulaire, mais sans complication cardiaque. Il n'a jamais présenté de traces d'affections vénériennes, ne fume pas, ne boit pas. Violent, coléreux, il ne présente néanmoins aucun trouble psychique ou neuropathique. [*Famille du père.* — *Père,* mort à 55 ans (?), était d'une forte constitution et d'une bonne santé ordinaire. — *Mère,* 60 ans, est « asthmatique ». — *Frère,* emphysémateux, très impressionnable, sans affection nerveuse. — Pas d'autres renseignements sur la famille du père].

MÈRE, 27 ans, a eu des *convulsions* fréquentes en bas âge. Elle aurait été atteinte de *strabisme* jusqu'à l'âge de 10 ans. Elle a été successivement frappée de variole, de rougeole et de scarlatine. Réglée à 10 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Mariée à 19 ans, elle a eu 4 enfants. Assez nerveuse, elle n'a eu aucune attaque convulsive. Durant sa première grossesse elle a remarqué de « l'*insensibilité* de tout le *côté droit* » ; depuis, elle ressent la sensation de la *boule hystérique* et est sujette à des palpitations fréquentes. — [*Famille de la mère.* — *Père,* mort à 25 ans, pas de renseignements. — *Mère,* morte à 62 ans d'une affection cardiaque, assez nerveuse. — Une *sœur,* morte jeune durant la guerre après avoir subi toutes sortes de privations. — Autre *sœur,* 36 ans, nerveuse mais bien portante. — Aucun autre renseignement sur la famille de la mère].

Quatre *enfants* : 1° Notre malade ; — 2° fille, morte à 3 ans, d'une congestion pulmonaire consécutive à la variole ; — 3° fille, âgée de 3 ou 4 ans environ, toujours en bonne santé ; — 4° garçon de 2 ans, assez bien portant, mais ayant tendance à se trouver mal à la moindre émotion.

Notre malade. — *Grossesse* de durée normale. A 5 mois, colère violente qui faillit déterminer un avortement. A 6 mois, chute dans l'escalier sur le ventre sans conséquences apparentes. — *Accouchement* à 9 mois, rapide, sans accident. Enfant très beau (?) *à la naissance. Allaitement* au sein. La mère en nourrissant l'enfant, à 3 mois, aurait été témoin d'un *accès d'épilepsie* qui lui fit une grand'peur. A deux ans et demi, l'enfant a eu la variole. Il aurait eu ses dents de bonne heure (?). La *marche* aussi fut précoce (?). Durant la poussée de ses dents vers un an et demi, l'enfant aurait souffert beaucoup et n'aurait cessé de crier. De 3 à 5 ans, il avait des *accès d'agitation* dans lesquels il se cognait la tête, jetait

tout ce qui lui tombait sous la main, frappait ses frère et sœur. Il aurait été *propre* de bonne heure.

A un an, l'enfant commençait à bégayer « papa » et « maman », mais les troubles dentaires lui enlevèrent la parole, il ne fit que crier à dater de cette époque. Regn... comprendrait néanmoins ce qu'on lui commande. Il est parfois agité la nuit et soulève la tête sur son oreiller.

La mère s'est décidée à le placer parce qu'elle a remarqué que depuis quelque temps à la suite d'indispositions l'enfant était pris de *raideurs musculaires* à gauche, au cou et le long de la colonne vertébrale. De plus, il maigrit, refusa de manger, fut pris de vomissements et de douleurs de tête.

État actuel (29 juillet 1893). — *Teint* très pâle, *visage* amaigri. *Expression* inintelligente, cris continus.

Cheveux blonds, bien fournis, bien implantés. Pas d'engorgement ganglionnaire apparent. *Crâne* asymétrique, le côté droit est plus développé que le gauche (bosses frontales et pariétales). Pas de persistance des fontanelles. — *Visage* plat; *arcades sourcillières* peu développées, sourcils assez épais. *Paupières* bleuâtres, pas de blépharite. — *Yeux* normaux, mobiles, sans strabisme, ni nystagmus, pupilles égales à réactions normales. La *vue* paraît bonne (?). — *Nez* mince, pas de déviations de la cloison, narines circulaires. — Pommettes saillantes. *Bouche* horizontale (6 centimètres, lèvres minces. *Menton* non proéminent. — *Oreilles* larges, mal ourlées, peu écartées du crâne.

Cou et *thorax* normaux mais extrêmement maigres. — *Abdomen* assez volumineux et distendu.

Mesures de la tête.

	1893	1894		1895
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima	46	46	46	46
Demi-circonférence bi-auriculaire	31	31.5	31.6	31.6
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...........	34	35	35	35
Diamètre antéro-postérieur maximum..	15.5	15.5	15.6	15.6
— bi-auriculaire................	11	11.4	11.4	11.5
— bi-pariétal..................	12	12	12	12
— bi-temporal..................	11.2	11.3	11.4	11.4
Hauteur médiane du front............	5	6	6	6

État de la dentition. Diamètre transversal des maxillaires exagéré. Dents assez espacées. Dents temporaires en voie de remplacement. Les quatres premières molaires permanentes existent.

Poids et taille.

	1893	1894
Poids	21 (?)	16.500
Taille	0m 95	1m 13

Autopsie faite le 31 mars 1895, 32 heures après le décès. — *Cuir* chevelu maigre et pâle. *Os* du crâne minces et normalement durs, les sinus sont gorgés de sang. — Au moment où l'on enlève l'encéphale du crâne, on aperçoit deux *poches kystiques* remplissant les fosses temporales. Ces poches en se crevant laissent écouler environ une vingtaine de grammes de liquide céphalo-rachidien chacune.

Encéphale	1.212 gr.
Hémisphère cérébral droit	530 gr.
— — gauche	530 gr.
Cerveau	1.060 gr.
Cervelet et isthme	152 gr.
Hémisphère cérébelleux droit	70 gr.
— — gauche	70 gr.
Bulbe et protubérance	12 gr.
Liquide céphalo-rachidien	70 gr.
Moelle épinière	25 gr.

Crâne. — *Calotte cranienne.* Les os du crâne sont épais ; le diploé qui sépare les deux tables compactes est nettement plus développé à droite surtout au niveau du pariétal. Les plaques transparentes sont rares et peu étendues sur la ligne médiane. Les plus importantes semblent être la trace de la fontanelle antérieure à 2 centimètres du bregma. — Le *frontal* n'offre rien de particulier. La *suture fronto-pariétale* est en dents de souris sauf vers son tiers médian où elle affecte une forme légèrement sinueuse, presque rectiligne. — Sur la face interne on voit une gouttière médiane peu importante des éminences mamillaires peu profondes et trois ou quatre dépressions à gauche de la ligne médiane d'origine vasculaire. — Les *pariétaux* sont asymétriques. Le droit est plus épais et plus développé que le gauche. La *suture interpariétale,* très dentelée et sinueuse, devient rectiligne durant 2 centimètres dans son tiers postérieur. Une dépression marquée en méplat existe à ce niveau à la face antérieure du

crâne. Cette suture redevient ensuite sinueuse pour gagner le lambda. A la face interne, éminences mamillaires, gouttières marquées mais non exagérées des vaisseaux méningés sensiblement égaux à droite et à gauche. La gouttière sagittale est nette ; son rebord est plus accentué à gauche. — Rien de particulier à noter à la région occipitale. La *suture lambdoïde* est très sinueuse, régulière, asymétrique. Le pariétal gauche empiète plus sur l'occipital que le droit La crête occipitale du côté de la face interne est très saillante.

Cerveau. — Hémisphère droit. La configuration générale de cet hémisphère est assez compliquée ; les scissures principales sont assez bien accusées (scissure de Sylvius, sillon de Rolando).

Lobe frontal. Les trois circonvolutions frontales sont nettes mais de nombreux plis de passages et des sillons secondaires longitudinaux compliquent leur morphologie. Quelques centimètres carrés de FA à 3 cm. de la corne frontale sont *sclérosés.* Le *sillon préfrontal* sépare nettement FA du reste du lobe. Ce sillon se continue par un autre formant crochet, coupant profondément à son tiers postérieur F_3, ce tiers paraît la continuation de FA qui en haut se termine sans discontinuité avec F_1.

Lobe pariétal. Il est très sinueux et très complexe. Les circonvolutions y sont petites et nombreuses, le pli courbe est mal délimité. PA garde seule son autonomie. Il en est de même du *lobe occipital* qui est *sclérosé* et *atrophié* dans toute la partie qui borde la scissure perpendiculaire externe.

Le *lobe temporal* se divise en deux régions : Une supérieure normale formée de T_1 ; une inférieure complètement *atrophiée* et presque totalement disparue répondant à la destruction complète de T_2 remplacée par un *pseudo-kyste.* Lorsqu'il est vidé, la scissure temporale qui se termine au pli courbe se trouve très élargie.

Le *lobule de l'insula* d'aspect normal à sa partie supérieure est *sclérosé* et *atrophié* dans toute la région qui borde la corne du lobe temporal. — La *face interne* de l'hémisphère droit est d'aspect normal.

Les *lobes pariétaux* et *occipitaux* n'offrent aucune particularité si ce n'est dans leur rapport avec le *lobe temporal* qui, à vrai dire, n'existe pas. A peine peut-on reconnaître le vestige de son quart postérieur.

La *face interne* de cet hémisphère ne présente absolument aucune anomalie dans sa morphologie, si ce n'est *le manque absolu de la circonvolution de l'hippocampe.*

Hémisphère gauche. Cet hémisphère, absolument anormal, présente au centre de sa face inférieure une poche de 5 cm. de long sur 3 cm. de hauteur et 2 cm. environ de profondeur. Cette *poche* est formée aux dépens de l'atrophie complète du *lobule de l'insula* et de la *partie antérieure des circonvolutions temporales.* Elle est limitée, en haut, par le rebord en fer à cheval de la branche postérieure de la scissure de Sylvius qui est restée à peu près normale. — En arrière, par les vestiges du lobe temporal; — en avant par la partie inférieure du lobe frontal d'aspect normal. Cette *cavité* est limitée par la pie-mère épaissie et offrant une sorte d'infiltration cellulaire. La poche membraneuse repose sur la base. Le *ventricule latéral* ne communique pas avec cette poche dont il n'est cependant séparé que par une très mince membrane (Planche IV).

Le *lobe frontal* est formé de ses trois circonvolutions normales sauf la partie antérieure de FA, atrophiée sur un trajet de 2 ou 3 cm. dès la corne frontale. FA d'aspect normal est séparé de PA par un sillon de Rolando normal.

Les *ventricules* sont peu dilatés. Le *corps calleux,* les *corps opto-striés* de volume et d'aspect normaux.

	Hémisphères	
	Droit.	Gauche.
Longueur	155 mm.	135 mm.
Hauteur	88 —	78 —
Épaisseur	54 —	48 —

Rien de particulier à signaler du côté du *cervelet,* du *bulbe* et de la *moelle.*

Cou. — *Corps thyroïde* normal, 12 grammes. Pas de persistance du *thymus.*

Thorax. — *Poumon droit,* 175 gr. Congestion à la base. — *Poumon gauche,* 145 gr. *Tubercule* ramolli au sommet de la grosseur d'une noisette. — *Cœur,* 135 gr.

Abdomen. — *Foie* 435 gr. — *Rate,* 45 gr. — *Rein droit,* 45 gr. — *Rein gauche,* 55 gr. — *Capsules surrénales* 5 gr. chacune. — Aucune lésion n'est constatée à ces organes, ni aux autres viscères de l'abdomen.

RÉFLEXIONS. — Pour les raisons que nous avons données au début de l'observation, nous n'avons à présenter aucune remarque sur les antécédents héréditaires et

personnels de ce malade, ni sur le début de la marche, des lésions qui ont déterminé l'idiotie.

II. L'autopsie a décélé l'existence de deux foyers anciens se montrant sous l'aspect de *pseudo-kystes*. Celui du côté gauche, plus petit, étroit, allongé, occupait toute la seconde circonvolution temporale qui était complètement détruite. Le pseudo-kyste de l'hémisphère droit remplaçait tout le lobe de l'insula et environ la moitié antérieure du lobe temporal. Comme il n'y avait pas de communication avec le ventricule latéral, il s'agit là d'un cas de *pseudo-porencéphalie*. La PLANCHE IV, qui représente la face inférieure et la partie inférieure de la face convexe de l'hémisphère gauche, fournit une idée exacte de la lésion que parachève les *pesées* et les *mensurations* comparatives des deux hémisphères du cerveau. Notons en passant qu'il n'y avait pas de modifications des pédoncules cérébraux, de la protubérance et du bulbe.

Parmi les cas des *pseudo-kystes* ou de *pseudo-porencéphalie* que nous avons publié (1), deux (1881, p. 77 et 1892 p. 10) *tout à fait comparables* au cas actuel. La belle planche, due à M. Leuba qui accompagne le premier, la planche qui est jointe au second, ne laissent à cet égard aucun doute. Si l'on veut rapprocher ces cas de ceux qui ont trait à la *porencéphalie vraie*, on voit aisément qu'ils forment deux groupes bien distincts (2).

(1) Voir les *Comptes rendus* de 1884, p. 1 et 49 (planches); — 1892, p. 10 (pl.), etc.
(2) Voir les *Comptes rendus* de 1890, p. 167; — de 1891, p. 96 (planches); de 1892, p. 89 (pl.), etc.

IX.

Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalitique ;

PAR BOURNEVILLE ET METTETAL.

SOMMAIRE. — *Père, rhumatisant, migraineux, contusion de la tête. — Une tante et deux oncles sourds et muets. — Tante paternelle, prostituée. — Mère, chorée à 13 ans, rhumatisante, migraineuse, caractère emporté. — Grand-père mort d'excès de boisson et de tabac; très emporté, migraineux. — Grand'mère maternelle, caractère emporté. — Arrière-grand'tante maternelle, aliénée. — Tante maternelle, excès de boisson. — Frère mort de méningite. Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans.*

Première dent à 7 mois, dentition complète et début de la parole à 2 ans 1/2. — Début de la marche à 18 mois, de la propreté à 8 mois.

Premières convulsions à 11 mois: durée 29 heures. — Secondes convulsions après une rémission de deux jours : durée 48 heures : affaiblissement intellectuel consécutif et parésie droite transitoire. — Écolage à peu près normal. — A onze ans, convulsions et hémiplégie droite consécutive. — Nouvelle crise à 11 ans et 3 mois : hémiplégie droite et aphasie transitoires. — Tendance invincible au sommeil. — Perversion des instincts (kleptomanie) ; — irritabilité. — Disparition de l'hémiplégie droite à l'entrée à la Fondation Vallée. — Sept mois d'accalmie, puis baisse progressive de l'intelligence. — Gâtisme, déchéance, amaigrissement, cachexie. — Apparition de contractures très prononcées des deux côtés, prédominant aux membres inférieurs. — Attaques épileptiformes. — Eschares. — Mort.

AUTOPSIE. — *Crâne épais ; pas de synostose prématurée. — Lésions de méningo-encéphalite des deux côtés à peu près symétriquement, mais plus prononcées à gauche.*

— *Topographie des lésions : en dedans sur toute la face interne sauf le lobule paracentral : en dehors sur presque tout le lobe frontal et la pariétale ascendante. — Atrophie des circonvolutions sylviennes et insulaires. — Mise à nu de la substance blanche dans ces régions en décollant la pie-mère. — Analogie des lésions avec celle de la paralysie générale de l'adulte.*

Pern... (Émilie), née à Saint-Ouen le 16 octobre 1883, est entrée à la Fondation Vallée le 2 mai 1895.

Antécédents *(Renseignements fournis par la mère).* — Père, 45 ans, forgeron, ni convulsions, ni accidents nerveux ; rhumatisant, pas de dartres, ni de syphilis ; il fume beaucoup, est sujet à des *migraines* fréquentes ; caractère calme. Il a reçu sur la tête un coup violent dû à la chute d'une pièce d'acier, alors que sa femme était déjà enceinte (premier mois) de notre malade. — [*Père*, 70 ans, forgeron, très bien portant, très nerveux, ne fume ni ne boit, pas de rhumatisme. — *Mère*, 65 ans, très nerveuse, en bonne santé, ni rhumatisme, ni migraines. — *Sœur*, *sourde-muette*, mariée à un *sourd-muet*, pas d'enfants. — Deux *frères*, *sourds-muets* dont l'un marié à une femme bien portante, pas d'enfants. — *Sœur* prostituée, qui est entrée dans une maison de tolérance à Tours, après le départ de son mari pour le service militaire ; pas d'enfants. — Une *sœur boiteuse* dès sa naissance. — Dans le reste de la famille, aucune autre tare ; ni idiots, ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, ni difformes, ni suicidés, ni criminels, ni autres sourds-muets].

Mère, 33 ans, sans profession, a eu une *chorée* à l'âge de 13 ans qui a duré un an et demi, et n'a plus reparu depuis ; *rhumatisme articulaire* à 17 ans. Depuis sa naissance, elle a la *vue faible*. Dès son enfance, *migraines fréquentes* accompagnées de vomissements, se répétant plusieurs fois par semaine. Depuis l'apparition des règles, les migraines ont été plus rares et surviennent seulement 8 jours avant les époques. Elles sont très douloureuses, s'accompagnent de vomissements bilieux et de troubles de la vue : « Je vois, dit-elle, des papillons blancs, rouges, des pointes de feu des deux côtés et ma vue est brouillée. Caractère vif et emporté. [*Père*, 72 ans, cordonnier, a eu la *syphilis*, mais après la naissance de sa fille ; *excès* de *boisson* et de *tabac*. Caractère vif et emporté. Ni migraines, ni traumatismes céphaliques. — *Mère*, 60 ans, bien portante, caractère violent ;

pas de migraines. — *Grands-parents paternels,* aucun renseignement. — *Grand'mère maternelle*, morte à 74 ans, à la suite d'une fracture de jambe. — *Grand-père maternel,* mort *aliéné*, à la suite de la perte de sa fortune. Pas d'oncles, ni de tantes paternels. Du côté maternel, oncles et tantes bien portants. — *Sœur*, 26 ans, en bonne santé, nerveuse, à caractère vif et emporté, pas de migraines. — *Dans le reste de la famille*, aucune espèce de tare, ni d'affection nerveuse.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans (père plus âgé).

Six *enfants* : l'un est mort de *méningite*, les cinq autres sont bien portants, n'ont jamais eu de convulsions, ni d'affections nerveuses.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents étaient à leur aise, n'avaient pas de préoccupation, vivaient en bonne entente. — *Grossesse* normale : ni traumatisme, ni émotions, etc. La mère était contente de se voir enceinte. *Pendant la grossesse, les migraines dont la mère souffrait, ont disparu complètement*, comme d'ailleurs *pendant l'allaitement*. — *Accouchement* à terme, régulier, présentation du sommet, pas de chloroforme, durée du travail, six heures. Il y avait une grande quantité d'eau dans la poche des eaux. beaucoup plus qu'aux précédentes grossesses. — *A la naissance*, allaitement au sein pendant deux mois, puis au biberon (lait de vache) ; sevrage à 18 mois. Première dent à 7 mois, dentition complète à 2 ans et demi. — Début de la *parole* à la même date, de la *marche* à 18 mois, de la *propreté* à 6 mois.

A l'âge de 18 mois, Per... a eu des *convulsions*, occupant tout le corps. Il s'est produit deux *états de mal convulsifs*. Le premier a duré 24 heures, le second qui a eu lieu deux jours après le premier a duré 48 heures. *Avant ces convulsions*, l'enfant était normale et ressemblait aux autres enfants, mais elle était en retard pour la parole, bien qu'elle prononçât un certain nombre de mots. *Après ces convulsions*, l'enfant resta 15 jours au lit, ayant de la fièvre, du délire. La tête tombait quand on la soulevait. L'enfant grinçait des dents. Au bout de 15 jours, elle s'est levée, sans paralysie et sans diminution notable, prétend-on, de l'intelligence. Elle avait un peu maigri

A 7 ans, on l'a mise à l'école : tout d'abord, pendant six mois elle n'apprenait rien, puis elle s'y est mise progressivement et a appris à lire et à écrire. Elle connaissait ses quatre règles et aidait sa mère au ménage. A 11 ans, se trouvant dans une cour, elle fait deux tours sur elle-même et tombe sans con-

naissance, les yeux tournés, la jambe et le bras droits raidis. Rien à gauche. Pas de secousses, pas d'évacuations involontaires. Cet état dure 2 heures, puis l'enfant revient à elle. La bouche et la moitié droite de la face étaient tirées à droite. Pendant quatre jours, le *côté droit* reste plus faible que le gauche. L'enfant traîne la jambe droite, peut cependant saisir les objets de la main droite, mais ne les garde que quelques instants, et les laisse ensuite retomber.

A partir de 8 ans, elle a eu pendant un an, à de nombreuses reprises, des *vers intestinaux* qui paraissent avoir été des ascarides. Aucune espèce d'accidents scrofuleux, de gourmes, de dartres, d'adénites, d'engelures, de maladie de peau. Elle n'a jamais eu de traumatismes céphaliques, n'a jamais reçu de coups, n'a jamais été maltraitée. L'enfant est, aujourd'hui, très indifférente, n'a pas de mémoire, de raisonnement, d'attention. Elle sait encore un peu lire, écrire et coudre, ressemble physiquement plus à son père qu'à sa mère et psychiquement plus à sa mère qu'à son père. Tendance invincible au sommeil : si on l'avait laissé faire, elle aurait dormi jour et nuit, dit sa mère. Son sommeil était calme, sans secousses, ni cris. La vue est un peu affaiblie, et on constate un certain degré de myopie. L'ouïe est bonne, l'odorat et le goût normaux. Elle n'a jamais eu de rougeole, ni de scarlatine, ni de variole. Vaccinée à l'âge de deux ans, le vaccin n'a pas pris. A l'âge de 3 ans, elle a une *coqueluche* assez forte qui a persisté six semaines.

A 11 ans et 3 mois, elle a eu une *nouvelle crise :* elle a laissé tomber tout à coup sa tête dans son assiette. A la suite, le côté droit fut encore atteint. Après être restée quatre heures sans connaissance, sans secousses, ni tremblements, on a retrouvé à droite la même déviation de la face et de la bouche. Durant les trois semaines qui ont succédé, elle n'a pas pu marcher. Elle est restée 15 jours sans parler. Puis la *parole* et le *mouvement* sont revenus progressivement.

A la suite de ces crises, le caractère était devenu triste et violent. Peu à peu elle devenait méchante vis-à-vis des autres enfants, les battait, les pinçait, les griffait. Sa mère constatait qu'elle devenait moins obéissante et plus entêtée. Elle prenait des instincts de vol, et partout où elle allait dérobait des bonbons, des épingles, du papier, des images ; jamais elle n'a pris d'argent. Elle était turbulente, grossière, cherchait à mordre. Elle a failli mettre le feu à plusieurs reprises. — Pas d'habitudes d'onanisme. — Dans les derniers temps son appétit s'était exagéré : elle mangeait de tout en excès, mêlait ses aliments, mâchait mal. Jamais cependant

elle n'a ingéré de corps étrangers. Les selles étaient régulières ; il n'y avait pas de gâtisme. Quelquefois, après le repas, l'enfant devenait blême, puis très colorée, la tête et les oreilles prenant alors une teinte cramoisie.

En février 1895, nouvelle crise. Per... a été prise en mangeant. Mêmes caractères que dans les précédentes, durée 2 heures. Conduite à l'hôpital Trousseau, elle y resta 8 jours, puis fut envoyée à l'Asile clinique où elle ne séjourna pas 24 heures. Elle



Fig. 16. — Mai 1895.

en sort en traînant la jambe, avec la parole très embarrassée, et la figure devenue très dure. En même temps, elle se plaignit de douleurs de tête, qui revenaient tous les 3 ou 4 jours, et s'accompagnaient de vomissements bilieux, analogues à ceux qui se produisaient lors des migraines de la mère. Ces acci-

dents ont duré jusqu'à l'entrée, au mois de mai. — On attribue l'état de l'enfant aux convulsions.

État actuel (17 mai 1895). — *Aspect général.* Pas d'émaciation, air général de santé ; physionomie assez expressive, mais ne dénotant pas beaucoup d'intelligence. (*Fig.* 16).

Cheveux châtain clair, régulièrement plantés, tourbillon au centre, pas de ganglions. — Le *crâne* est régulièrement conforme, symétrique, arrondi. D'un volume moyen, il n'offre rien de particulier. Les bosses pariétales et occipitales sont normales, les fontanelles soudées. — Le visage est rond, sans cicatrices ; les arcades sourcilières sont régulières, les paupières sont mobiles et de dimension moyenne, les fentes palpébrales sont bien ouvertes. Les sourcils sont d'un châtain foncé, les cils sont longs et noirs. Pas de lésions oculaires. — Les *yeux* sont mobiles dans toutes les directions. Pas d'exophtalmie ni de strabisme. Pas de paralysie oculaire, ni de nystagmus. Les iris sont de coloration marron. Les pupilles de dimension moyenne et égales réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité et le champ visuel sont normaux. L'enfant distingue très bien les couleurs, n'a ni diplopie, ni polyopie. — Les pommettes sont égales. — La *bouche* est petite. Les lèvres sont un peu pâles et de dimension moyenne. Le palais est normal, le voile régulier. — La *langue* est épaisse et peu large. Les amygdales sont normales. Le *réflexe pharyngien* est conservé. — Le *goût* est intact, l'enfant perçoit bien les saveurs. — Les *dents*, régulièrement plantées, ne présentent pas de stries ni d'incisures; elles sont blanches, non cariées. — Le *menton* est rond, de dimension moyenne, il est situé symétriquement par rapport au maxillaire inférieur. — Les *oreilles* sont bien ourlées, de dimension moyenne, pas très écartées ; le lobule est assez saillant, adhérent dans la plus grande partie de son étendue. L'hélix et l'antéhélix sont réguliers, le tragus est peu développé.

Le *cou* a une circonférence de 28 centimètres. Le *corps thyroïde* est petit mais appréciable ; pas de goitre ni de ganglions.

Thorax. — Pas de rachitisme, pas de déviation de la colonne vertébrale, pas de douleurs à la pression. Rien de pathologique au *cœur* et aux *poumons*. Pouls normal.

Abdomen. — Souple et indolore à la pression. Le *foie* est normal, ainsi que l'estomac, la *rate* échappe à la percussion.

Puberté. — Corps glabre. Pas de développement des seins. Mont de Vénus absolument glabre. Grandes lèvres épaisses et peu développées. Petites lèvres triangulaires se terminant par un capuchon étroit et ne descendant pas plus loin que la moitié de la hauteur des grandes lèvres. Pénil saillant. Hymen circulaire. Région anale normale ; pas d'hémorrhoïdes.

Membres supérieurs. — La forme des bras est normale; leurs dimensions égales des deux côtés. Attitude régulière. Pas de déformations. Mouvements dans tous les sens. Sensibilité au contact, à la température et à la douleur conservée, la même des deux côtés. L'enfant se ronge un peu les ongles.

Membres inférieurs. — A l'inspection, les membres inférieurs ont une forme naturelle. A droite et à gauche, même longueur. Les cuisses se fléchissent très bien sur le bassin, les pieds et les jambes sont mobilisés très aisément. Ni *raideur*, ni *contracture,* ni *déformation.* — A l'examen fonctionnel, les *mouvements volontaires* et *provoqués* sont normaux, ainsi que les *mouvements réflexes.* Il est à remarquer que l'*hémiplégie droite*, qui avait été manifeste lors des accidents cérébraux, paraît avoir complètement disparu.

Marche de la maladie. — 20 *mai.* — Hydrothérapie jusqu'au 15 décembre.

A ce moment, elle parle lentement, mais distinctement et répond aux questions qu'on lui pose après une courte hésitation. Un peu myope, elle fixe facilement son attention sur un objet quelconque qu'elle regarde en baissant la tête. Elle est peu agile, a de la difficulté à jouer avec ses compagnes, cependant elle monte facilement les escaliers. Elle mange bien, se sert de sa fourchette et de sa cuillère, dénote une certaine préférence pour les aliments sucrés, le vin et le lait.

Elle sait s'habiller seule, mais ne peut se peigner elle-même ; elle marque une certaine répugnance pour se laver et se nettoyer seule. — Elle ne gâte pas, n'a pas d'habitude d'onanisme. Son sommeil est calme, sans cris ni cauchemars. Son caractère est indifférent : elle est maussade, ne fait pas attention à ce qu'on lui dit et est insensible aux reproches. En classe, elle est assez tranquille, mais n'apporte aucune attention ; elle ne sait pas lire et peut à peine épeler quelques lettres. Elle sait former ses lettres, connaît ses chiffres et peut compter jnsqu'à 100. Elle connaît les principales couleurs, ainsi que les diverses parties de son corps et de ses vêtements. Elle exécute les mouvements élémentaires

de gymnastique, mais est très peu agile dans ces exercices.

16 *août.* — Elle passe l'été et l'automne à peu près dans le même état.

1896. — En *février*, elle est atteinte d'engelures aux pieds et entre à l'infirmerie, où elle reste jusqu'au mois d'avril 1896. Mais à cette époque la déchéance intellectuelle s'accuse, Per... est devenue incapable de se servir de ses membres. Ses jambes fléchissent, elle tremble constamment. (*Fig.* 17 et 18)



Fig. 17. — Juin 1896.

Elle est devenue gâteuse. — Son sommeil est maintenant très agité, elle déclame la nuit, chante pendant des heures entières, déchire les draps et la toile cirée qui les protège.

Mai et *juin*. — La déchéance devient de plus en plus complète. — L'enfant ne parle plus, ne fait pas de mouvements, est incapable de marcher. Dans son lit, elle ne bouge qu'à peine, mange ses excréments et s'en barbouille la figure. Quand on s'approche d'elle, elle se cache, a peur, ses paupières battent. Quand on lui parle elle ne paraît pas comprendre, regarde avec hébétement.



Fig. 18. — Juin 1896.

Les pupilles sont dilatées, la droite plus que la gauche. — La face est pâle et le regard égaré. Quand P... tire la langue celle-ci tremble beaucoup. Aucune réaction fébrile, la température reste entre 37° et 37°, 6.

7 *juillet*. — Large vésicatoire sur la tête, sans aucun effet appréciable.

9 *septembre*. — L'enfant décline de plus en plus. On observe de la contracture aux membres inférieurs. Ceux-ci sont en flexion à angle aigu. Les cuisses fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. La contracture est tenace et très difficile à vaincre. — Les membres inférieurs sont indemnes. — L'enfant a beaucoup maigri, s'alimente d'une façon très défectueuse, refusant de manger. On la soutient à l'aide de kola. Pas de diarrhée, pas de phénomènes morbides aux poumons.

2 *octobre*. — Pern... est dans un état de *cachexie* très prononcé : elle est dans le décubitus dorsal, le bras droit replié sur la tête. Sa figure exprime l'effarement, elle semble avoir peur lorsqu'on s'approche d'elle. Les plis du front et de la face sont très marqués, les yeux hagards, les pupilles dilatées. La sensibilité à la lumière est conservée ; la sensibilité au tact est diminuée. — La face est pâle et amaigrie. — De temps en temps et surtout la nuit, l'enfant pousse un *cri hydrencéphalique*. Elle *grince* souvent des *dents*. Le bras droit est fortement contracturé, l'avant-bras fléchi sur le bras ; les doigts repliés en crochet et difficiles à ouvrir.

Rien aux poumons. — Le ventre est souple, un peu creusé en bateau, indolore à la pression. L'enfant gâte, mais se nourrit suffisamment, prenant du lait en quantité normale.

Les deux cuisses sont dans l'adduction et dans la flexion complète sur le tronc. Les jambes sont fléchies, les talons sur les fesses. L'enfant est recroquevillée sur elle-même. A *droite*, la *contracture* de la hanche est si prononcée qu'on ne peut étendre la cuisse sans faire crier la malade. Tout ce qu'on peut faire, c'est de ramener la cuisse dans l'axe du corps, dans une position intermédiaire à l'abduction et à l'adduction. Le cou-de-pied et les orteils sont souples. (*Fig.* 19).

On observe des *eschares* au début : l'une à la face interne du genou, de la largeur d'une pièce de 2 francs, l'autre au niveau de la tubérosité interne, une troisième un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

A *gauche*, la *contracture* est un peu moins prononcée ; on peut davantage fléchir la cuisse et la jambe. *Eschares* au début au niveau de la tubérosité interne du tibia, sur le grand trochanter, et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'enfant ne reconnaît personne, répond par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, tire la langue, rit, déchire tout ce qu'elle a sous la main.

28 *octobre*. — Pern... décline de plus en plus. Dans la nuit, elle a eu une *convulsion*. Au milieu de râles stridents, la face s'est congestionnée surtout à gauche avec des plaques

ecchymotiques. Les veines du front deviennent turgescentes : les yeux s'injectent de sang ; ils tournent à droite et à gauche, en même temps que la face grimace. Cette crise dure trois quarts d'heure, et s'accompagne d'une température de 39°,7.



Fig. 19. — 21 octobre 1896.

29 *octobre*. — Ce matin, l'enfant est très affaissée, ne mange plus, ne parle pas. Elle ne reconnaît personne ; elle pousse de temps en temps un cri strident. La *contracture* s'exagère encore. Les *eschares* s'étendent à toute la région sacrée. T.R. 37°,5. — *Soir* : T. R. 36°, 4.

30 *octobre*. — Dénutrition complète, l'enfant est repliée sur elle-même, ne fait plus de mouvements. Seuls ses doigts tremblotent toujours. La bouche est grande ouverte, le pouls est très faible, l'œil gauche tout injecté de sang. — Le *matin* : T. R. 36°, 4. *Mort* à deux heures de l'après-midi ; aussitôt après la mort l'enfant devient violacée.

Température aussitôt la mort	39°, 8
— — 1/4 après	37°, 3
— — 2 heures	34°.
— — 4 —	30°.
— — 6 —	25°.
— — 8 —	18°.
Température de la salle	18°. (1)

Poids après décès : 15 kilog.

Mensurations de la tête.	1895.		1896.		
	Mai.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Octob.
Circonf. horizontale maxima..	53	53	54	54	50
Demi-circonf. bi-auriculaire...	36	36	36.5	36.5	33
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	39	40	40	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	18	18	18	18.1	17.1
Diamètre bi-auriculaire	12	12	12	12.2	11.4
— bi-pariétal	14	14	14	14.1	12.9
— bi-temporal	11.5	11.5	12	12	12
Hauteur médiane du front	6	6	6	6	6

POIDS ET TAILLE.	1895.		1896.	
	Mai.	Juillet.	Janv.	Juillet.
Poids	36	36	37	34
Taille	1.40	1.40	1.41	1.42
Dynamomètre droit	10	10	10	10
— gauche	10	10	10	10

Autopsie faite 38 heures après la mort. — Le corps est extrêmement amaigri, et présente de nombreuses eschares.

Thorax. — On trouve du côté droit de légères adhérences pleurales. Le poumon de ce côté est beaucoup plus volumineux (710 gr.) que le gauche et sain. Le *poumon gauche* (510 gr.)

(1) Ces diverses notations thermométriques indiquent le refroidissement progressif du corps qui se met en équilibre avec le milieu ambiant. D'où il suit que, dans notre climat, la température centrale fournit un signe certain de la réalité de la mort.

est de couleur très pâle : petit, ratatiné, il présente quelques points d'emphysème. — *Cœur* normal ; pas de persistance du trou de Botal. — *L'estomac* est rempli d'un liquide glaireux, verdâtre, on y trouve quelques ecchymoses, au niveau de la grande courbure. Les *intestins* sont petits, ratatinés, sans lésions. Les ganglions mésentériques sont un peu hypertrophiés. Le péritoine est sain.

Abdomen. — Le *foie* est volumineux (670 gr.), très vascularisé, d'aspect violet foncé, laissant échapper beaucoup de sang à la coupe. La *vésicule biliaire* est très dilatée et renferme une grande quantité de bile très foncée : pas de calculs. — La *rate* est petite et aplatie (60 gr.) Les *reins*, de volume normal, sont légèrement congestionnés : la capsule se détache facilement.

Cou. — Le *corps thyroïde,* très développé, est à peu près régulier et symétrique (10 gr.). — Pas de traces de *thymus.*

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre avec une large plaque ecchymotique, occupant tout le tiers moyen de la moitié antérieure du cuir chevelu. Pas de taches ecchymotiques sur la partie postérieure.

La *calotte cranienne* est assez épaisse, d'une façon uniforme ; elle ne présente pas de plaques transparentes. Elle paraît à peu près symétrique bien que légèrement bombée dans la région pariétale gauche. — Les fontanelles antérieure et postérieure sont fermées. Pas de synostose. Les *sutures* sont régulières : la suture sagittale n'est pas sur la ligne médiane, mais un peu à gauche de l'axe du crâne. Sur la face interne on trouve des traces de sillons, très profondément marqués. Il n'y a pas de synostose.

La quantité de *liquide céphalo-rachidien* est plutôt moins abondante que d'ordinaire.

La *dure-mère* est un peu épaissie d'une façon générale. En certains points, l'épaississement est plus prononcé surtout au niveau de la fosse temporale droite. Pas de fausses membranes. La *pie-mère* est partout vascularisée : elle a un aspect rouge-vermillon louche.

On constate une très grande adhérence entre la dure-mère et la paroi osseuse, surtout au niveau de la voûte et en avant, où il faut exercer de fortes tractions pour décoller les méninges.

Les différentes parties de la base du crâne, les *nerfs olfac-*

tifs, optiques, les *bandelettes*, les *pédoncules cérébraux* : les deux moitiés de la *protubérance*, les *pyramides* et les *olives* paraissent égaux et symétriques. — La *glande pinéale* n'offre rien de particulier.

Cerveau. Les deux *lobes frontaux* sont accolés au niveau des 2/3 postérieurs de leur face interne. — Sur *la face interne des hémisphères* la vascularisation est générale. — Les sillons paraissent comme fermés, accolés les uns aux autres jusqu'à la surface. Les deux lèvres de la scissure de Sylvius sont également accolées. Il existe des trainées blanchâtres au niveau des sillons et des vaisseaux. — Le *corps calleux* n'offre rien de particulier. Quand on enlève la pie-mère, on la trouve notablement épaissie sur les deux hémisphères.

Hémisphère droit. Face interne. — En détachant la pie-mère, on entraîne à peu près toute la substance grise sur la circonvolution du corps calleux, la première frontale, le lobe quadrilatère, le lobe occipital et le lobe temporal. Seul le lobe paracentral, le sillon calloso-marginal et ceux qui séparent le coin du lobe quadrilatère et du lobe occipital ne présentent pas d'adhérences. Aux points atteints, on trouve un accollement des circonvolutions qui ne permettent plus d'en retrouver les sillons de séparation. La surface du cerveau se présente comme villeuse et déchiquetée. (Planche V.)

Face convexe. — L'ablation de la pie-mère, entraîne des parties plus ou moins étendues de la substance grise, sur tout le lobe frontal. Sur les F^2 et F^3 presque dans toute leur étendue, sur F^1 sauf au niveau de son pied, sur le tiers inférieur de F A. et sur la moitié inférieure de P A, on met à nu la substance blanche. Il en est de même sur le pli pariétal inférieur et sur la moitié postérieure de T^2 et de T^3. Sur le lobe frontal, on trouve un très grand développement des circonvolutions et des plis de passage. A partir de la moitié postérieure du lobe frontal, les deux faces des sillons ne présentent pas d'adhérences, et la pie-mère s'enlève sans entraîner de substance grise, notamment sur le sillon de Rolando, et sur la face interne de la scissure de Sylvius et le lobule de l'insula, dont les circonvolutions sont très grêles. — Les *lobes occipitaux* et *pariétaux* sont normaux.

Hémisphère gauche. Face interne. — La répartition des lésions est à peu près la même, mais elles sont plus pronon-

cées comme intensité, notamment sur les circonvolutions frontales, qu'elles intéressent dans leurs 3/4 supérieurs.

Face convexe. — Même répartition des lésions, mais le squelette blanc est mis à nu d'une façon plus complète sur les circonvolutions malades. Les circonvolutions de la face inférieure sont tout à fait dépouillés de leur substance grise : il en est de même de F^2, F^3, du tiers inférieur de F A, de P A, des deux plis pariétaux, et de presque tout le lobe temporal. (PLANCHE VI.)

Des deux côtés, les *ventricules latéraux* sont dilatés, mais à un degré moyen, surtout dans les cornes occipitales et temporales. Leurs parois sont lisses et régulières. Les *couches optiques* et les *corps striés* paraissent normaux. — Les deux lobes du *cervelet*, ainsi que sa partie médiane, n'offrent aucune adhérence des méninges. Ils sont réguliers, symétriques et normaux.

La *moelle épinière* pèse 40 gr., elle est normale.

Poids des organes

Cerveau	670
Hémisphère cérébral droit	340
— — gauche	330
— cérébelleux droit	60
— — gauche	60
Bulbe et protubérance	10
Moelle épinière	40
Corps thyroïde	10
Cœur	130
Poumon droit	710
— gauche	510
Foie	670
Rate	60
Rein droit	70
— gauche	60

RÉFLEXIONS. — I. Notons dans les *antécédents héréditaires :* 1° du *côté paternel*, le *père migraineux*, une *tante* et deux *oncles sourds-muets*, une autre *tante prostituée ;* — 2° du *côté maternel*, la *mère choréique, myope, migraineuse ;* le *grand-père, alcoolique*, un *arrière-grand-père* mort *aliéné*. — Un *frère* a succombé à une *méningite*.

II. Signalons en passant, comme nous l'avons déjà

Fig. 20. — Écriture en 1894.

Fig. 22. — Mai et juillet 1895.

Fig. 21. — Février 1894.

Fig. 23. Septembre 1895.

Fig. 24. Mai 1896.

Fig. 25. — Juillet 1896.

fait bien des fois, la *disparition complète des migraines* de la mère *pendant la grossesse et l'allaitement*. C'est là une question qui pourrait faire l'objet d'un mémoire ou d'une thèse.

III. Jusqu'à 18 mois, les renseignements qui nous ont été fournis indiquent que l'enfant était normale. Alors surviennent des *convulsions*, dues à une *méningite* (fièvre, délire, grincement des dents, etc.)

On prétend qu'à la suite, l'intelligence n'aurait pas été notablement affaiblie. Quoiqu'il en soit, l'enfant mise à l'école à 7 ans, après une période d'écolage médiocre, avait fini par être entraînée et avait appris à lire, écrire, compter, etc. Jusqu'à 11 ans, la situation se maintient, l'intelligence ne paraît pas trop atteinte. Alors, surviennent de nouveaux accidents convulsifs, répondant sans doute à une exacerbation des anciennes lésions, suivis d'une *hémiplégie* passagère du côté droit. Nouveaux accidents trois mois plus tard avec réapparition de l'*hémiplégie droite* et *aphasie* — l'une et l'autre transitoires.

Ces doubles accidents ont eu pour conséquences un affaiblissement des facultés intellectuelles et morales, une perturbation des instincts (kleptomanie, pyromanie, etc.).

Une troisième crise en février 1895 n'a fait qu'accélérer la tendance vers la déchéance : traînement de la jambe droite, embarras de la parole, congestion de la face, douleurs de tête, vomissements bilieux, etc.

Pendant les huit premiers mois du séjour de Pern... à la Fondation, il ne se produit pas de changement sérieux. Mais à dater de février 1896, les facultés intellectuelles déclinent, la force musculaire des membres surtout des inférieurs diminue, les mouvements s'accompagnent de tremblement, les pupilles se dilatent, la droite plus que la gauche, la langue tremble ; on note des périodes d'excitation ; la physio-

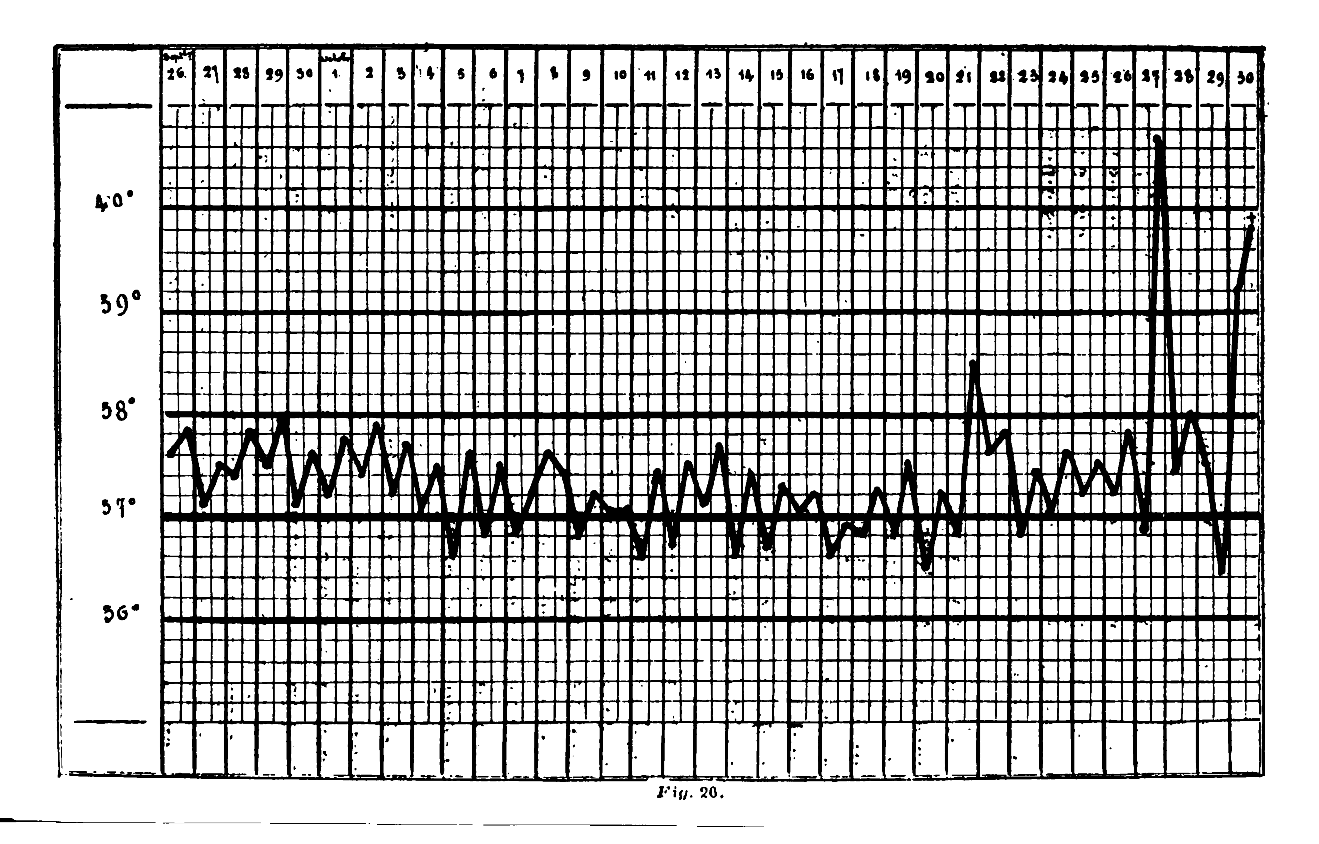
nomie perd son expression; Pern... gâte, grince des dents, est salace.

Enfin, durant les dernières semaines, à la *démence,* devenue complète, s'ajoute une *contracture* des membres, le corps se recroqueville, des *eschares* se développent et Pern... qui ne reconnaît plus personne succombe à la cachexie.

La déchéance physique et même la déchéance intellectuelle ressortent bien nettement sur les *fig.* 16, 17 18, 19. Les spécimens de l'*écriture* offrent aussi un intérêt d'autant plus grand que nous avons pu représenter quelques lignes de son écriture tracée plusieurs mois avant l'entrée à la Fondation Vallée. (*Fig.* 21-25). Photographies et spécimens de l'écriture permettent de suivre la marche de la maladie.

La *température rectale* a oscillé du 23 septembre au 3 octobre entre 37° et 38°; puis du 4 au 20 octobre entre 37°, 7 et 36°, 5; enfin du 21 au 26 octobre elle se maintient en général au-dessus de 37°, avec une poussée à 38°, 7 le 21 et à 40°, 7 le 27, coïncidant avec les *attaques épileptiformes*. Enfin le 30, au matin, légère *hypothermie* (36°, 4) suivie d'une *élévation thermométrique* (39°, 8), au moment de la mort (*Fig.* 26).

IV. L'*autopsie* a montré un peu d'épaississement des *os du crâne*, de la *dure-mère* qui adhérait fortement à la calotte, et de la *pie-mère*. Mais les lésions principales consistaient en une *méningo-encéphalite* très prononcée et très étendue, car elle occupait presque toute la surface des hémisphères à l'exception des *frontale* et *pariétale ascendantes* et que, d'autre part, elle intéressait toute l'épaisseur de la substance grise qui s'enlevait en même temps que la pie-mère, laissant à nu la substance blanche des circonvolutions. On avait là des lésions tout-à-fait



40°
39°
38°
37°
36°
26. 27 28 29 30 1. 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Fig. 20.

comparables, au point de vue macroscopique, aux lésions que l'on rencontre dans la *paralysie générale* de l'adulte lorsqu'elle. est parvenue à sa dernière période. (Voir les PLANCHES V et VI).

X.

Six cas d'idiotie myxœdémateuse ; traitement par l'ingestion de glande thyroïde ;

Communication à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. (*Séance du* 17 *janvier* 1896).

M. BOURNEVILLE présente six malades atteints d'idiotie ou d'imbécillité myxœdémateuse et résume ainsi les principaux symptômes qu'ils présentent :

L'*idiotie myxœdémateuse* ou compliquée de *cachexie pachydermique*, désignée aussi sous le nom de *myxœdème infantile*, est aujourd'hui bien connue. Personnellement, nous avons contribué à ce résultat par un certain nombre de publications depuis 1880 jusqu'à ce jour (1). Aussi, aurions-nous hésité à venir devant vous si la présentation d'un groupe de six *idiots avec cachexie pachydermique* ne nous avait paru de nature à vous intéresser et à vous permettre de fixer votre opinion sur les points, peut-être encore litigieux, de la nosographie de cette maladie. Une autre raison nous a décidé. Si de ces six malades trois ont été soumis avec avantage à la médication thyroïdienne (2), les deux plus jeunes ne l'ont pas encore été et, désirant vous les faire voir au bout de trois mois de traitement, nous avons pensé qu'il était bon de vous les présenter, afin que les ayant vus avant tout trai-

---

(1) Bourneville. *Note sur un cas de myxœdème ou cachexie pachydermique* (avec d'Ollier), 1880. — *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique* (avec Bricon), 1886. — *Nouveaux cas d'idiotie myxœdémateuse*, 1888, 1889, 1890, 1891, 1895. Tous ces travaux, parus dans le *Progrès médical* ou dans les *Archives de Neurologie*, ont été réimprimés dans les *Comptes-rendus* de Bicêtre.

(2) Bourneville. *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. (Congrès des aliénistes et neurologistes. Bordeaux, août 1895).

tement, vous puissiez, les examinant ensuite, juger vous-mêmes des résultats thérapeutiques.

I. Ce qui frappe immédiatement, c'est que nos six malades ont entre eux la plus grande ressemblance. Tous offrent un arrêt de développement intellectuel — l'*idiotie* à des degrés divers — et un arrêt de développement physique — le *nanisme* avec des troubles profonds de la *nutrition.* Tous sont *obèses.*

	âge	*taille*	*poids*
	—	—	—
Graff.............	38	1 30	41
Deb... (Jules)....	30	0 965	27 600
Wagn. (Augustine	20	0 958	20 500
Gang... (Marie)..	13	0 95	16
Kram	4	0 69	12 500
Borj	3	0 65	9 500

Leur *tête*, rétrécie en avant, est volumineuse en arrière, avec un développement prononcé des bosses pariétales. Le *front* est bas, étroit, déprimé latéralement. La *fontanelle antérieure* persiste, même chez le sujet le plus âgé. Les *cheveux*, sauf chez Gang..., et un peu chez Kr..., sont gros, rudes, semblables à des crins, d'une couleur d'un brun ou d'un blond *roux*, d'ordinaire assez abondants si ce n'est sur la ligne médiane et au-dessus des tempes. Le *cuir chevelu* est, en général, le siège d'une éruption eczémateuse qui résiste souvent aux soins de propreté les plus minutieux.

Leur *physionomie* exprime l'apathie, l'hébétude, la laideur. Vue de profil, la face est encore plus hideuse, car le prognathisme s'accuse davantage. Les *paupières* bouffies, pâles, bleuâtres, cachant plus ou moins les globes oculaires, sont atteintes de blépharite ciliaire à un degré variable. Le *nez*, chez tous, est camus bien que leurs parents aient le nez aquilin. Le père de Kram... fait seul exception. Les *joues* sont gonflées, pendantes, comme tremblotantes. La *bouche* est large. Les *lèvres*, dont la portion cutanée est bleuâtre, sont épaisses, l'inférieure souvent renversée. La *langue*, augmentée dans toutes ses

dimensions, se montre presque constamment au-dehors. Ce phénomène est surtout accusé chez Bor...

Les *dents*, irrégulièrement implantées, sont cariées; la seconde dentition est incomplète. Le *menton* est petit, on dirait qu'il a été écrasé jusqu'à la limite de la lèvre inférieure. Les *oreilles* n'offrent pas de malformations, mais elle sont épaissies, d'une pâleur cireuse, d'aspect œdémateux, sans conserver toutefois, ainsi que les paupières, les mains, les pieds, l'empreinte du doigt qui les comprime.

Le cou est gros, court, et la tête semble s'enfoncer entre les épaules. L'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir la *glande thyroïde.* Des *masses pseudo-lipomateuses*, mal délimitées, parsemées de ganglions légèrement hypertrophiés, s'observent constamment dans les creux sus et sous-claviculaires, dans les aisselles, quelquefois dans d'autres régions.

Le *thorax* offre des déformations portant sur les dernières côtes, déjetées en dehors, et sur la colonne vertébrale plus ou moins déviée. Le *dos* est voûté.

Le *ventre*. très gros, très large, rappelle l'aspect du ventre des batraciens ; il existe chez eux une petite *hernie ombilicale,* d'autres fois une *hernie inguinale* (Gr...). Le bassin est rétréci.

Les *organes génitaux* sont arrêtés dans leur développement chez nos trois malades les plus âgés. Chez Gra..., la moustache se dessine et quelques poils ont poussé au pénil.

Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont gros, courts et offrent des *incurvations rachitiques*. Leurs articulations sont noueuses. Les *mains* et les *pieds*, souvent cyanosés, sont ramassés, épais, présentent en un mot l'*aspect pachydermique*, pour employer les expressions de Charcot.

La *peau*, glabre, blanche, sèche, rugueuse, ichthyosique par places, est, chez la plupart, le siège d'une éruption eczémateuse assez étendue. A la face, la peau est un peu jaunâtre, cireuse, analogue dans une certaine mesure à celle des cachectiques.

La digestion s'effectue d'une façon assez régulière. Les troubles qu'on observe de ce côté sont d'habitude

légers. L'appétit est très modéré ; souvent ils ont de la répugnance pour la viande. La mastication est laborieuse. Les selles sont rares, la constipation fréquente, d'où la production d'*hémorroïdes* ou de *chûte du rectum*.

La *respiration* est gênée. Ils s'essouflent rapidement. L'haleine est désagréable. Le *pouls* est petit, plutôt fréquent. Les extrémités et les lèvres sont cyanosées. La *température centrale* est au-dessous du chiffre normal. Tous sont très *sensibles au froid*.

La *secrétion urinaire* semble un peu diminuée. Examinées à de nombreuses reprises, les *urines* n'ont jamais présenté d'*albumine*. La miction est normale. La *sécrétion sudorale*, au contraire, s'est toujours montrée imparfaite. Jamais nous ne les avons vus suer, même au moment des plus fortes chaleurs. Tous ont la *voix* rauque, aigre, stridente, en quelque sorte pathognomonique. Leur *démarche* est pesante, accompagnée d'un balancement latéral, d'une sorte de dandinement. Ils ont la plus grande répugnance au mouvement.

Bien que trois de nos malades soient déjà âgés, ils ne sont pas *pubères*. La barbe fait totalement défaut chez Jules D... ; ni lui, ni les filles n'ont de poils sous les aisselles, au pénil, etc. Chez deux de nos filles (vingt ans et quatorze ans neuf mois) les règles n'ont point paru ; les *seins* sont rudimentaires ; les appétits sexuels sont nuls : l'onanisme, si commun chez les idiots ordinaires, n'a été signalé chez aucun de nos six malades.

La *sensibilité générale* est naturelle. Il paraît en être de même de la *sensibilité spéciale*, autant du moins que l'état intellectuel des malades permet d'en juger. La *parole* est généralement assez limitée.

Au point de vue des *facultés intellectuelles*, tous sont atteints, à des degrés variables, d'*idiotie* ou d'*imbécillité*. Chez aucun d'eux, toutefois, nous ne trouvons les caractères de l'*idiotie profonde*, tels qu'ils se rencontrent par exemple dans l'idiotie symptomatique de méningite, de sclérose atrophique ou hypertrophique, ou d'un arrêt de développement congénital du cerveau. Ils n'ont pas de tics, pas de balancement antéro-postérieur, ne grincent pas des dents, ne poussent pas de cris, ne sont pas salaces. Ils sont

susceptibles d'attention, ils ont de la mémoire. Ils devien-propres, apprennent à manger seuls, à s'habiller, se laver, à coudre, etc. Tous ont un caractère calme, à l'exception de Kra..., qui, contrariée, est sujette à de violents accès de colère. Tous ont conservé les *sentiments affectifs*, s'attachent aux personnes qui les soignent, reconnaissent et caressent leurs parents quand ils viennent les visiter.

II. Nous appelons plus particulièrement votre attention sur nos deux plus jeunes malades (Kram... et Borj...) qui, comme vous le voyez, présentent, pour ainsi dire au plus haut degré, tous les caractères de l'idiotie myxœdémateuse. Ce sont elles qui motivent notre communication. Elles n'ont pas encore été soumises à la médication thyroïdienne. Notre intention est de le faire dès demain et, comme nous l'avons dit en commençant, de vous les présenter de nouveau dans deux ou trois mois. Alors nous donnerons leur observation détaillée, que nous ferons suivre d'un résumé des effets du traitement. Nous insisterons plus particulièrement sur les modifications du *poids*, de la *taille*, de la *température*, que préalablement nous avons fait prendre pendant un mois et demi et dont nous vous présentons les *tracés*. Nous procéderons de même pour les changements produits sur la *dentition*, la *voix*, les *urines*, qui, nous le répétons, contrairement à certaine opinion, ne renferment pas d'albumine ; enfin, grâce à l'obligeance de notre collègue M. le D[r] Vaquez, nous pourrons vous apporter, à moins qu'il ne désire le faire lui-même, des renseignements sur l'action de l'ingestion de la glande thyroïde sur le *sang*.

M. L. GUINON. Les injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien présentent un certain danger dans le jeune âge. On a publié trois cas de mort survenue dans ces conditions chez des enfants, et j'ai tout lieu de croire que les faits malheureux de ce genre n'ont pas été tous livrés à la publicité. Au contraire, l'ingestion de corps thyroïde n'a pas, à ma connaissance, provoqué jusqu'ici d'accidents graves, et semble avoir donné, en général, de bons résultats.

M. MARFAN. Je demande à M. Bourneville de bien préciser

la technique de la médication thyroïdienne et les doses de corps thyroïde administrés.

J'ai fait prendre à un enfant de trois ans, atteint de myxœdème congénital, la dixième partie environ du quart d'un lobe de thyroïde de mouton. J'ai observé, dès le lendemain, des accidents très graves : température à 40 degrés, pouls extrêmement fréquent, facies toxique ; puis disparition du myxœdème en quarante-huit heures, avec desquamation très abondante : éruption de trois dents en huit jours. Mais l'enfant est tombé dans un tel état que je n'ai osé continuer.

Depuis, je me suis servi des « tabloïds » de corps thyroïde d'origine anglaise ; j'ai donné à divers enfants du premier âge, atteints de myxœdème congénital, un quart ou un huitième de tabloïds. J'ai toujours observé des accidents, toujours de la fièvre, de l'accélération du pouls, un amaigrissement avec apparence de cachexie.

L'action du traitement thyroïdien est très évidente ; le myxœdème disparait toujours. Mais. *chez les enfants du premier âge, ce traitement présente de grands dangers.*

M. Bourneville. J'ai essayé, il y a plusieurs années, les injections sous-cutanées de suc thyroïdien chez trois malades atteints de cachexie pachydermique infantile : les résultats ont été à peu près tout à fait nuls. Puis, j'ai eu recours à une préparation liquide de suc thyroïdien que m'avait donnée M. Chantemesse : je n'ai pas eu plus de succès. C'est au mois de mai dernier que j'ai employé la glande thyroïde fraîche de mouton, coupée en petits fragments et donnée dans du bouillon. En général, l'ingestion est acceptée sans difficulté par les malades. La dose a varié d'un demi-lobe à un lobe. Les enfants sont surveillés avec le plus grand soin et dès qu'il se manifeste des symptômes un peu sérieux (vomissements, parésie, tremblements, tendances lypothymiques, etc.), nous suspendons le médicament pour le reprendre au bout de quelques jours. Dans certains cas, au lieu de donner un demi-lobe tous les jours, nous n'avons administré le demi-lobe que tous les deux jours. A l'heure actuelle, dix malades sont en traitement. Les glandes thyroïdes sont examinées soit par nous, soit par l'un de nos internes. Nous en avons fait peser un certain nombre. Le poids moyen d'un lobe frais est de 2 grammes.

M. Rendu. J'ai eu l'occasion de soigner, l'été dernier, un enfant myxœdémateax de quatre ans, qui m'avait été amené des environs de Chartres. Très peu développé, à tous les



points de vue, cet enfant n'avait que deux ou trois dents. Il avait une grosse langue et sa physionomie offrait l'aspect hébété qui caractérise ces pauvres êtres. Je conseillai de faire prendre chaque jour une seule pastille de Burroughs et Welcome, de Londres. Deux mois plus tard, l'enfant était à tel point transformé que j'en fus moi-même très agréablement surpris. Du mois d'août au mois d'octobre, il avait fait six nouvelles dents, son intelligence s'était sensiblement éveillée et il commençait à s'intéresser aux personnes et aux choses qui l'entouraient.

M. BÉCLÈRE. Je crois qu'étant donné le poids si variable des glandes thyroïdes de mouton, il est nécessaire d'évaluer toujours la dose médicamenteuse de ces ces organes non pas en lobes ou en fractions de lobes, mais en grammes et fractions de grammes. Je crois aussi, comme je l'ai dit déjà et vous me permettrez de le répéter, que, pour éviter autant qu'il est possible les risques de la médication thyroïdienne, il importe, au plus haut point, de surveiller le fonctionnement du cœur. Le cœur est, en effet, le premier organe qui réponde à cette médication. Il y répond par la fréquence augmentée de ses battements, mais surtout par leur instabilité qui se manifeste aussitôt que le malade en traitement passe du décubitus horizontal à la station debout, par une subite accélération : en un instant le pouls peut s'élever de 100 à 120, de 110 à 140 battements par minute. Dans ces conditions, on comprend qu'une marche rapide, qu'un brusque effort puisse aboutir à une syncope. En l'absence de toute élévation de la température, c'est au cœur qu'est le danger, c'est par le cœur qu'est survenue la mort dans les cas malheureux qui ont été publiés. Expérimentalement, ce sont des accidents cardiaques qui, à plusieurs reprises, ont mis en danger et ont fini par terminer la vie d'un singe que j'avais soumis à l'alimentation thyroïdienne intensive. Si donc, il est bon, au cours de la médication thyroïdienne, d'avoir l'œil sur le thermomètre, je dirai qu'il importe bien davantage d'avoir le doigt sur le pouls.

M. BOURNEVILLE. Comme notre collègue, M. Béclère, nous avons noté une fréquenee notable du pouls, 100, 120 et davantage, avec des variations multiples dans la même journée. De même aussi l'augmentation des mouvements respiratoires. Si nous n'en avons pas parlé dans notre communication, c'est que notre but était seulement de vous montrer nos six idiots myxœdémateux, de décrire l'ensemble symptomatique qu'ils

présentent et surtout de mettre en relief les caractères offerts par les deux plus jeunes, non encore traités, nous réservant d'exposer les phénomènes dus au traitement lorsque nous vous ramènerons dans deux ou trois mois les deux mêmes malades, ayant été soumises à la médication thyroïdienne.

M. Fernet. M. Béclère nous a présenté l'an dernier un très bon travail sur les accidents que peut provoquer la médication thyroïdienne, mais je me demande s'il n'accorde pas une importance exagérée aux modifications du pouls qui surviennent dès qu'on fait changer les malades de position. Il me semble que ce phénomène se rencontre très fréquemment chez les malades les plus divers, en dehors du myxœdème et du traitement thyroïdien.

Graves a déjà signalé cette particularité dans les fièvres et notamment dans les états adynamiques, et j'ai pu l'observer moi-même bien souvent : c'est un des bons signes de l'adynamie cardiaque. Il suffit de faire asseoir certains malades ou de les faire changer de position dans le lit pour que le nombre des pulsations augmente de 20, 30 et quelquefois même 40 dans une minute. Il ne faudrait donc pas attribuer uniquement à l'intoxication thyroïdienne une accélération du pouls qui peut relever de plusieurs circonstances variées.

M. Béclère. C'est à l'intoxication thyroïdienne qu'il faut attribuer la fréquence et l'instabilité du pouls, quand ces deux phénomènes, comme je l'ai vu maintes fois, suivent de près la première ingestion du médicament et disparaissent avec la suspension du traitement. Mais il est certain que d'autres causes peuvent les produire, et M. Fernet ne me démentira pas si j'ajoute qu'au cours des fièvres graves comme de la médication thyroïdienne la grande instabilité du pouls, sous l'influence des changements de position du malade, est toujours l'indice d'un danger possible et que l'apparition de ce signe doit éveiller l'inquiète attention du médecin.

M. Bourneville. J'ai fait examiner et peser aussi exactement que possible les quantités de glande thyroïdie données aux malades. Leur poids ne variait guère que de 1 gr 25 à 2 grammes, et en surveillant avec soin les malades, je pense que l'on n'a pas à redouter d'accidents (1).

(1) Ces pesées répondent aux glandes telles qu'elles nous sont livrées, c'est-à-dire avec la graisse et le tissu cellulaire. Dépouillées de ces éléments, elles pèsent naturellement moins, à peine *un gramme* par *lobe*.



M. HAYEM. Il me paraît très difficile de surveiller rigoureusement cette médication : les poids des glandes, leur richesse en principes actifs ne sauraient être contrôlés. Il serait préférable de ne pas employer les glandes fraîches et de recourir aux préparations bien dosées, qui semblent à la fois plus efficaces et moins dangeureuses, comme les tablettes anglaises qui ont été déjà expérimentées par plusieurs de nos collègues.

M. RENDU. Ces tablettes sont assez désagréables au goût. Elles ont une odeur et une saveur qui rappellent la poudre de viande, que l'on trouve généralement dans le commerce.

M. FERNET. Des produits analogues existent en France. MM. Yvon et Berlioz préparent depuis quelque temps des capsules exactement dosées qui contiennent de la poudre de corps thyroïde desséché.

M. BOURNEVILLE. M. Régis (de Bordeaux) s'est servi aussi de tablettes préparées, non plus par des pharmaciens anglais mais par un pharmacien de Bordeaux (M. Flourens).

M. BÉCLÈRE. J'ai eu l'occasion de soumettre à la médication thyroïdienne qûatre ou cinq malades à la fois, dans le même service d'hôpital, un myxœdémateux et plusieurs femmes atteintes du goître simple. Tous prenaient la même préparation consistant en glandes fraiches apportées de l'abattoir et pulpées ensemble. Mais ils réagissaient à la médication de façons très différentes : les uns pouvaient absorber pendant bien des jours, sans en éprouver de troubles notables, d'assez fortes doses, tandis que les autres, au bout de très peu de temps, supportaient mal des doses beaucoup moindres. C'est aux malades et non au médicament que tenaient bien évidemment ces différences. Tout autre préparation eût certainement produit chez les divers sujets des effets aussi dissemblables, et il n'en est pas une qui puisse mettre à l'abri des accidents. Mais pourquoi recourir à des médicaments de fabrication étrangère quand nous en possédons de bien meilleurs ? A la Société de thérapeutique une intéressante discussion s'est élevée dernièrement sur la valeur des diverses préparations de corps thyroïde et notre collègue M. Ferrand a insisté sur ce fait que la glande donnée en nature paraissait plus efficace que les préparations pharmaceutiques; A cette occasion, M. F. Vigier (1) a fait

(1) *Société de thérapeutique*. Séance du 11 décembre 1895.

connaître un moyen facile de conserver au corps thyroïde toutes ses propriétés sans lui faire subir l'action de la chaleur capable de l'altérer. Son procédé consiste à débarrasser les glandes fraîches de tous les corps étrangers qu'elles renferment, graisse, kystes etc., à les pulper, à les mélanger immédiatement à du biborate de soude et à de la poudre de charbon, puis à diviser la masse en capsules de 10 centigrammes. Nos collègues, MM. Besnier, Bucquoy, Chauffard et moi-même avons employé avec succès cette préparation (1).

(1) *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1896, n° 2, p. 32.

XI.

Idiotie myxœdémateuse (myxœdème infantile) : Traitement par l'ingestion de glande thyroïde du mouton;

PAR **BOURNEVILLE**

Communication à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.
(*Séance du* 22 *janvier* 1897).

Messieurs,

Il y a un an (1), nous vous avons présenté *six malades* atteints d'*idiotie myxœdémateuse*, dont l'âge variait de 38 à 3 ans. A ce propos, nous avons tracé une fois de plus le *tableau symptomatique* de cette affection. L'un de ces malades, le plus vieux, n'avait pas été soumis à la *médication thyroïdienne* qui, chez trois autres, avait produit une amélioration considérable et nous avons appelé plus particulièrement votre attention sur les deux plus jeunes, Borj.. et Kra.., AVANT *tout traitement*, vous demandant la permission de vous les faire voir APRÈS *le traitement* par la médication thyroïdienne. Aujourd'hui nous vous les ramenons, afin que vous puissiez juger par vous-mêmes des résultats obtenus.

OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — *Père et mère, rien de particulier. — Un cas de gémellarité du côté maternel. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de 2 ans.*

(1) Séance du 17 janvier 1896.

Chute sans conséquences appréciables au quatrième mois de la grossesse. — Apparence normale à la naissance. — Première dent à 8 mois. — Gâtisme. — Ne marche pas seule. — Préhension très lente. — Croûtes du cuir chevelu depuis l'âge de 10 mois. — Premiers symptômes de cachexie pachydermique à 8 mois.

Description de l'enfant avant tout traitement. — Réunion de tous les symptômes du myxœdème infantile : nanisme, idiotie, absence de la GLANDE THYROIDE, *retard de la dentition, cachexie pachydermique, etc.*

Ingestion de glande thyroïde du mouton du 8 janvier au 31 mai et du 1er au 31 juillet.

Effets remarquables du traitement. — Amélioration physique et intellectuelle.

Suspension du traitement du 1er août au 2 octobre : Réapparition de la plupart des symptômes myxœdémateux.

Reprise du traitement du 3 octobre à ce jour : Transformation remarquable de l'enfant. — Développement physique et intellectuel.

Borj.... (Lucie), née le 14 décembre 1892, à Sermoyer (Ain), est entrée le 10 octobre 1895 à la Fondation Vallée.

Antécédents héréditaires. — (*Renseignements fournis par sa mère*, oct. 1895). — PÈRE, 26 ans, homme de peine ; taille un peu au-dessus de la moyenne ; pas de convulsions, ni de migraines ou de rhumatismes; aucun stigmate de syphilis. Pas d'excès de boisson ; pas de goitre. — [*Famille du père.* — *Père*, 60 ans, vit à Sermoyer, dans l'Ain, cultivateur, bien portant, sobre, pas de goitre, pas d'accidents nerveux. — *Mère*, 50 ans, ménagère, pas de migraines, caractère assez calme, pas de maladie de peau ni de rhumatismes. Aucun détail sur les *grands-parents paternels* ou *maternels*. Deux *oncles paternels* bien portants, pères d'enfants en bonne santé. Pas de *tantes paternelles*. Un *oncle maternel* bien portant lui aussi. Sept *frères* ou *sœurs*, laboureurs, sobres, sans accidents nerveux. — Pas d'aliénés, de difformes, d'épileptiques, de goitreux, ni de myxœdémateux, etc.]

MÈRE, 24 ans, travaillait autrefois à la terre ; depuis son mariage, à 19 ans, elle est employée dans une fabrique de corsets; brune, taille petite sans exagération. Jamais de convulsions dans l'enfance, paraît intelligente et dit qu'elle apprenait facilement à l'école ; *nez aquilin ;* jamais d'attaques, de migraines, ni de rhumatismes. — [*Famille de la mère.* —

Père, 53 ans, bien portant, sobre, aucun accident nerveux. — *Mère,* 53 ans, bonne santé, caractère calme; pas de dermatoses. — *Grand-père* et *grand'mère paternels :* « *ce sont les mêmes que ceux de mon mari, car nous sommes cousins germains :* mon père et le père de mon mari étaient frères. » *Grand-père* et *mère maternels,* aucun détail. — Deux *oncles paternels;* les mêmes que ceux du père de l'enfant. — Pas d'*oncles* ni de *tantes maternels.* — Un *frère* « du même âge que moi, nous étions *jumeaux* »; célibataire sans enfants. Pas de sœurs. Elle dit qu'il n'y a pas eu d'autres jumeaux ni dans sa famille, ni dans celle de son mari. — Pas d'aliénés, d'épileptiques, de goitreux, d'idiots, etc.]

Consanguinité; cousins germains. — Inégalité d'âge de deux ans. Père et mère du même pays. — Une seule *enfant:* la malade.

Antécédents personnels. — Rien à signaler à la *conception* qui a eu lieu six mois après le mariage : ils étaient heureux d'être unis. — *Grossesse :* à 4 mois chute dans un escalier, sans syncope ni émotion sérieuse; elle s'est relevée de suite; pas de pertes. Jamais de contrariétés ni d'idées noires; pas de vomissements, pas de cauchemars, ni d'œdème. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme; le travail a duré quatorze heures. — Pas d'asphyxie *à la naissance.* L'enfant a crié de suite et, dit-on, avait la voix d'un enfant ordinaire; le teint n'était pas cireux; elle pesait 3 kilogr. — Elevée au sein par sa mère pendant deux mois, puis mise en nourrice dans son pays. « Quand je l'ai quittée elle était bien. » On fut obligé de la retirer de nourrice au bout d'un mois et demi, car elle dépérissait tous les jours. Alors sa grand'mère maternelle l'a élevée au biberon avec du lait de vache. On croit qu'elle a eu sa première dent à 8 mois. La dentition est loin, encore, d'être complète.

Bor.. n'a *jamais marché seule.* Sa mère dit qu'elle marche trés *lentement* et *lourdement* en la tenant par la main. Elle n'est pas propre. Elle ne dit que deux mots « dada » pour désigner le cheval de son grand'père et « tatain » pour désigner sa tante. « C'est le patois du pays. » Pas d'accès de colère. Sommeil prolongé, calme. On affirme qu'elle reconnaissait bien son grand-père, sa grand'mère et ses autres parents du pays. La mère ne saurait dire si son enfant la reconnaît, car elle ne l'a avec elle que depuis le 29 septembre dernier. B... prend les objets qu'on lui donne avec une très *grande lenteur.* Elle n'est pas gloutonne, ni

vorace, mange peu, mâche mal, n'aime guère que le lait. Bave abondante ; point de vomissements. *Constipation* habituelle; garde-robes dures, involontaires; la défécation est douloureuse; pas de prolapsus rectal. On n'a pas remarqué d'hémorroïdes. La mère dit que l'enfant paraissait souffrir en urinant, qu'elle tousse parfois, est toujours oppressée, que la respiration s'accompagne de bruits de râle. Pas de bronchite.

Vers 10 mois, apparition de quelques *croûtes* dans les cheveux. Les croûtes ont persisté jusqu'à ce jour.

A 2 mois et demi, quand sa mère l'a quittée, elle ressemblait aux autres enfants ; ce ne serait qu'à 8 mois que la grand'mère se serait aperçue de quelques différences : la langue *s'est épaissie* et *sortait de la bouche*, paraît-il. On ne peut préciser le début de l'épaississement des joues, des paupières, du cou et du ventre.

Pas de varioloïde, de rougeole, ni de scarlatine ; pas de coqueluche ni de mal de gorge. A 4 mois, elle aurait eu quelques « boutons » dans le dos, sur la nature desquels il est impossible de se prononcer. Pas d'adénites, d'otorrhée, etc.

« *Il n'y a pas de goitreux dans* le pays, affirme la mère ; c'est un pays de plaine ; la rivière est à 6 kilomètres. » Pas de marais ; les fièvres intermittentes n'y sont pas endémiques. La mère ne sait à quoi attribuer la maladie.

État de l'enfant le 29 *octobre* 1895. — *Crâne* à peu près arrondi avec proéminence assez marquée de l'occipital. Les bosses pariétales sont volumineuses. Le front est étroit, légèrement bombé en avant, à peu près rectangulaire et mesure 4 cent. 5 de hauteur. Les bosses frontales bien indiquées sont aussi nettement accusées d'un côté que de l'autre. *Les fontanelles ne sont pas soudées* ; la postérieure mesure à peu près 1 cent. 1/2 dans le sens antéro-postérieur ; l'antérieure mesure 6 cent. dans le sens antéro-postérieur et 5 cent. dans le sens transversal. Les arcades sourcilières sont assez bien marquées. Les *paupières* sont un peu gonflées, ont une apparence œdémateuse, mais il ne se produit pas de godet à la pression du doigt. Cils longs aux paupières supérieures, très peu développés, rares et comme naissants aux paupières inférieures. Pas de blépharite. Conjonctives palpébrales pâles. Iris bleus ; pupilles dilatées, égales. Au niveau de sa racine le *nez* est enfoncé, à peine appréciable, le lobule semble en constituer la plus grande partie ; il est relevé et les narines sont dilatées (*nez camus*). Coryza chronique qui se traduit par un écoulement séro-muqueux, sans odeur. Les sillons

naso-labiaux sont fortement creusés de chaque côté et limitent en dedans les *joues* bouffies, saillantes, de couleur jaune cireuse. Lèvre inférieure grosse et éversée. La bouche mesure 4 cent. 1/2 et est toujours entr'ouverte. La *langue* est épaisse et fait une *saillie* prononcée *au travers de l'ouverture buccale.* Menton court; les fossettes en sont très creusées ce qui tient à la proéminence de la lèvre inférieure. *Oreilles*, pâles, cireuses, bien ourlées, le lobule n'est pas adhérent. — La *face* est à peu près carrée.

Le *cou* est gros, très court; il semble que la tête repose



Fig. 27. — B... en octobre 1895.

directement sur les épaules. Sa circonférence est de 30 cent. *Il n'est pas possible de percevoir de* GLANDE THYROIDE *par la palpation la plus minutieuse.* On ne trouve pas de pseudolipomes sus-claviculaires.

La *région pectorale* offre un développement marqué avec un lacis veineux, nettement dessiné pour peu qu'on tende la peau. On ne trouve pas de dilatations veineuses sur les épaules. — La *poitrine* est courte, le *dos* un peu bombé. Voussure dorso-lombaire de la *colonne vertébrale.* — Le *ventre* est gros, bombé; l'ombilic est saillant; pointe de *hernie ombilicale.* — Les *seins* sont à peine dessinés.

Organes génitaux. — Grandes lèvres développées ; petites lèvres réduites à un léger repli de 4 à 5 millimètres.

Membres supérieurs. — Le développement des bras est en rapport avec celui des autres parties du corps ; la peau est *sèche,* pas très épaissie. Rien au niveau des articulations. Mains violacées, froides.

Membres inférieurs. — Légère incurvation des tibias en dedans. (On trouve encore chez Borj... d'autres signes de rachitisme, tels que chapelet rachitique, etc.). La voûte plantaire est un peu affaissée.

La *peau* est d'une couleur de cire, décolorée à la face. Cheveux gros, *secs et raides*, châtains, claisemés au niveau des bosses frontales. Cuir chevelu rugueux, couvert de *croûtes.* — Sourcils assez fournis. Le reste du corps est glabre. Pas d'adénopathies cervicales.

La *sensibilité générale* est un peu obtuse, autant qu'il est possible d'en juger. B... est très sensible au froid, répugne à tout mouvement. L'acuité visuelle paraît normale, ainsi que l'audition. Il est impossible de savoir si l'enfant reconnaît les saveurs et les odeurs.

Respiration : 15 à 16 mouvements inspiratoires par minute. Le *pouls* est à peine perceptible au poignet. Le pouls crural, plus perceptible, indique 80 pulsations par minute. Rien de spécial à noter à l'auscultation du cœur ou des poumons. Rien à l'examen des organes abdominaux. L'enfant n'est pas vorace. Mastication très lente et difficile. Pas de vomissements. Constipation opiniâtre à l'entrée (10 oct.). actuellement les selles sont plus régulières.

État de la bouche et de la dentition. Maxillaires supérieur et inférieur, à large diamètre transversal. Voûte palatine affaissée, ne présentant pas l'excavation centrale normale. Langue très volumineuse, remplissant toute la cavité buccale qu'elle déborde en avant. Elle sort entre les lèvres qu'elle dépasse comme en prolapsus. L'*évolution* de *la dentition est retardée,* puisque l'enfant ayant 34 mois ne possède que six incisives temporaires dont les deux incisives latérales inférieures n'ont pas achevé l'éruption complète de leur couronne. Elles sont disposées avec un assez grand écart interdentaire sur la large étendue du bord alvéolaire et légèrement tournées sur leur axe. Le plus grand espace interdentaire existe entre les incisives centrales et les latérales, ce

qu'explique d'ailleurs l'absence actuelle d'autres dents latérales. La disposition de la langue et son volume semblent devoir amener un rejet en avant des dents antérieures.

Traitement : Bains salés, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, exercices de la marche.

Nous avons l'habitude de faire prendre la *température rectale* de nos malades pendant les cinq premiers jours de leur entrée afin de nous assurer qu'elles ne sont pas sous le coup d'une maladie infectieuse, et



Fig. 28. — B..en octobre 1895.

aussi de nous rendre compte si la température des idiots et des épileptiques est la même que celle des enfants normaux. Dans le cas particulier la recherche a été continuée durant 11 jours. En voici les résultats.

	Matin.	Soir.
Premier jour (10 oct.)	«	36°,4
2° —	36°,6	36°,2
3° —	36°,6	36°,5
4° —	36°,8	36°,8
5° —	36°,5	37°
6° —	36°,8	37°,3
7° —	36°,6	36°,9

		Matin.	Soir.
8°	—	36°,6	36°,9
9°	—	37°,2	37°,1
10°	—	36°,7	37°
11°	—	36°,5	36°,8

Il suit de ces notations, que chez Bor... et c'est la règle dans le myxœdème infantile, la température centrale oscille entre 36° et 37° et est par conséquent inférieure à la température normale.

6-12 *novembre.* — *Revaccination* sans succès.

13 *novembre.* — Même état. L'éruption des dents s'opère avec une extrême lenteur.

Tel était, Messieurs, l'ensemble symptomatique qu'offrait l'enfant lorsque nous vous l'avons présentée le 17 janvier 1896, AVANT *tout traitement.* Dès le lendemain nous l'avons soumise à la *médication thyroïdienne* : un *demi-lobe de glande thyroïde* de mouton.

20 *janvier.* — Agitation, pleurs; refus de boire et de manger, vomissements.

21 *janvier.* — Pas de glande.

22 *janvier.* — On reprend le traitement.

24 *janvier.* — Agitation durant une partie de la journée. Le soir, on s'aperçoit que *les paupières sont dégonflées,* que les yeux qui paraissaient petits, sont devenus très visibles, que Bor... fixe et suit les mouvements des personnes, ce qu'elle ne faisait pas auparavant.

25 *janvier.* — Il s'est produit une transformation vraiment surprenante : les paupières sont largement ouvertes, les globes oculaires tout à fait visibles ; *la langue* — qui sortait tant — *est rentrée tout à fait dans la bouche,* ce qui semble occasionner un certain degré d'oppression. B.,qui ne bougeait pas, est sans cesse en mouvement, essaie d'attraper tout ce qui est à sa portée, joue avec ses pieds qu'elle prend dans ses mains, qu'elle élève aussi haut qu'elle peut. Elle essaie de gazouiller et rit quand on lui adresse la parole, manifestations intellectuelles qu'on n'avait jamais observées depuis son admission.

26 *janvier.* — Les parents de B... sont stupéfaits de voir la transformation qui s'est si vite opérée. B... rit, agite ses mains, comme si elle participait à leur joie.

27 et 28 *janvier*. — B.., toujours gaie, semble énervée. Elle agite ses membres « comme des petits ressorts ».

29 *janvier*. — B... a vomi, n'a pas dormi. La *voix* se rapproche maintenant de la voix d'un enfant ordinaire. — Les *cheveux* tombent au-dessus des oreilles. — Suspension du traitement, ainsi que les 30, 31 janvier et 1er février.

31 *janvier*. — Agitation très grande, pleurs continuels. La peau, qui n'est plus d'un jaune cireux, est chaude. Il y a de l'oppression. Le soir, comme les accidents persistent, que l'enfant souffre, et que la température est élevée, la surveillante fait appeler l'interne de garde qui prescrit de l'antipyrine. Durant la nuit, l'agitation continue ; B... se tourne et retourne sans cesse, tire ses doigts comme si elle voulait les allonger, se gratte par tout le corps.

1er *février*. — Nuit bonne. Journée calme. B... ne veut pas manger, mais boit beaucoup de lait.

2 *février*. — B... est très gaie, il faut s'occuper constamment d'elle. Ses parents sont de plus en plus heureux de la voir devenue attentive, rieuse, vive, car, au dire du père « c'était une masse de chair que l'on faisait boire et manger, qui ne remuait jamais et qu'on ne pouvait faire rire. » — Tremblement de la tête et des membres « comme une petite vieille. » Sueurs peu abondantes. — Reprise du traitement : un demi-lobe *tous les deux jours*.

3 *février*. — Le *cuir chevelu* est le siège de démangeaisons qui portent l'enfant à se gratter. Les *cheveux* continuent à tomber par grosses mèches. Ils sont devenus doux au toucher, tandis qu'avant le traitement ils étaient rudes, semblables à des crins. La *sensibilité* exagérée *au froid* a disparu.

4-7 *février*. — L'appétit est redevenu excellent. L'enfant conserve sa gaieté, frappe la table, les chaises, etc. : il faut qu'elle fasse du bruit:

8 *février*. — Desquamation des pieds et des mains. Disparition du tremblement des mains. Respiration facile, la bouche fermée. Bave presque nulle. Lorsque B... dort elle est calme et la langue est complètement rentrée dans la bouche qui demeure close.

9 *février*. — Dès que l'enfant aperçoit ses parents, elle rit, pousse des « ga, ga », agite ses mains pour exprimer sa joie. Ses mouvements sont devenus vifs, elle saisit avec empressement les biscuits que ses parents lui ont apportés. Elle tire les cheveux et la barbe de son père. Elle essaie d'imiter ce qu'on fait devant elle. Ainsi son père faisant claquer ses lèvres et disant ta-ta-ta, Lucie l'a très bien imité.

11 *février*. — L'amélioration continue, est très remarqua-

ble et frappe les personnes qui l'ont vue avant le traitement. B... voudrait qu'on s'occupe sans cesse d'elle. Tout l'intéresse. Elle s'efforce d'imiter les gestes qu'on exécute devant elle, de causer, répète dada, gaga.

16 *février*. — La mastication, qui était nulle, s'effectue convenablement. L'enfant est toujours heureuse de voir ses père et mère et se montre très gentille avec eux. On dirait qu'elle veut participer à leur bonheur de la voir transformée.

17 *février*. — Les cheveux qui étaient tombés en grande quantité ou qu'on avait coupés, repoussent bien et sont moins durs. Les croûtes du cuir chevelu disparaissent peu à peu. On note une tendance de la *colonne vertébrale* à se voûter.

28 *fév*. — Desquamation du menton. B.. est grognon, mord continuellement ses mains, souffre des dents, dont deux viennent de percer.

29 *février*. — T.R. 37°,4.

1er *mars*. — B... est très agitée, maussade, se gratte continuellement, tire ses doigts « comme si elle voulait les allonger ». Vomissements, diarrhée, température élevée (T.R. 37°, 4). — *Suspension de la glande thyroïde*.

6 *mars*. — Tout malaise a cessé. B... est très gaie, gazouille et ne pense qu'à manger. *On reprend la glande thyroïde* : un demi-lobe tous les deux jours.

12 *mars*. — Lucie est de plus en plus éveillée. Chaque jour on constate un changement nouveau dans ses manières. Elle est caressante et veut toujours être câlinée, mise en mouvement, faire du bruit. Elle est contente d'entendre la musique. La poussée des dents lui a fait prendre l'habitude de mettre constamment les doigts dans sa bouche.

24 *mars*. — Depuis quelque temps, la constipation a disparu ainsi que la diarhée qui, à un moment, l'avait remplacée ; B... a trois ou quatre selles molles, principalement le matin.

Cette enfant qui, *avant le traitement*, ne comprenait rien, ne portait attention à rien, s'intéresse aujourd'hui à tout. Une porte qu'on ouvre la fait retourner. Elle incline sa tête et pose sa joue sur celle de la personne qui la porte pour qu'on l'embrasse. Si on crie un peu fort, elle fait la moue et pleure, s'imaginant qu'on la gronde. Lorsqu'on lui met sa pèlerine et son chapeau, elle comprend que c'est pour aller à la promenade et rit aux éclats. — Elle a bon appétit, mange de tout, mastique bien et boit maintenant du vin sans grimacer. Elle a plus de forces dans les reins, se tient mieux et plus droite sur les bras.

26 *mars*. — Gonflement des gencives qui sont douloureuses.



Plusieurs dents vont percer. — Il n'y a plus de sueurs, ni de desquamation.

30 *mars*. — On la met dans le chariot pour lui apprendre à marcher. Elle ne s'y prête guère, mais pourtant fait aller ses jambes.

1er-10 *avril*. — Il n'y a plus de croûtes du cuir chevelu. Les cheveux repoussent plus fins et moins foncés. — Emmenée en congé de 24 heures dans sa famille, les voisins ne pouvaient la reconnaître, tellement elle s'est améliorée. — Son intelligence se développe, elle s'occupe de tout ce qui se fait au-



Fig. 29. — B..., en juin 1896.

tour d'elle, témoigne de l'affection aux enfants qui l'amusent.

27 *avril*. — B... se tient très bien assise.

4 *mai*. — Les progrès continuent. Par gestes, elle dit merci, bonjour, non. Elle est toujours gaie. — Les mains et les pieds sont normaux, les doigts effilés. — Sueurs fréquentes de la tête.

11 *mai*. — T.R. 39°, 9, bien que l'enfant n'ait pas pris de glande hier. Suspension du traitement qu'on recommence le 13 mai.

18 *mai*. — Énervement depuis quelques jours. Sueurs assez abondantes. *Suspension de la glande thyroïde* qui est reprise le

25 *mai.* — Lucie se rapproche de plus en plus des enfants ordinaires. Elle essaie d'imiter tout ce qu'elle voit faire, de causer et prononce « papa ». Ses forces augmentent et elle se tient debout. Son sommeil est un peu agité ; elle est souvent réveillée par des secousses dans les membres, elle se rendort aussitôt.



Fig. 30. — B..., en mai 1896.

Juin. — Le traitement a été suspendu du 1er au 30 juin. On a noté un peu de diarrhée. La *parole* se développe lentement : papa, auvoir, attends. Le *caractère* de B.. s'est modifié : naguère très calme, inerte, elle devient coléreuse et dans ses colères cherche à s'égratigner, se tire les cheveux.

1er *juillet. — Reprise du traitement.*

21 *juillet.* — Progrès notables. Parole : papa, caca, pain ay est (pour ça y est), auvoir (pour au revoir), etc. — Aperçoit-elle un objet qu'elle désire, elle le désigne avec l'index et dit : euh ! A table, elle indique si elle veut manger ou boire. Elle refuse par un signe négatif de la tête. Elle distingue les personnes, témoigne ses préférences. Elle est de plus en plus solide sur les jambes, veut être continuellement debout, se tient bien le long d'un banc, d'une table, se plait beaucoup dans son chariot, enfin *marche* tenue par la main. Elle comprend bien le jeu, est très joueuse ; il faut constamment la distraire. Aucun malaise depuis le 1er juillet.

31 *juillet.* — Suspension du traitement.

1er *août.* — B... est atteinte de *gastro-entérite* avec un état général mauvais, refroidissement des extrémités, vomissements, diarrhée abondante, selles séreuses, avec grumeaux de lait, sans coloration verte. La diarrhée et les vomissements ont débuté il y a deux jours. T.R. 37°, 4.

2 *août.* — Les vomissements et la diarrhée continuent ; douleurs dentaires. *Matin* : T. R. 38°.

3 *août.* — L'ensemble des accidents n'a pas changé.

4 *août.* — Les vomissements ont cessé et la diarrhée a diminué.

5-6 *août.* — Disparition progressive des accidents.

11 *août.* — B... est tout à fait remise, a recouvré sa gaîté et mange avec appétit.

30 *septembre.* — Peu à peu depuis la suspension du traitement, nous avons vu reparaître la plupart des symptômes myxœdémateux. L'infiltration graisseuse, les pseudo-lipomes se sont reproduits. La face est redevenue bouffie, les lèvres épaisses et déformées ; les mains, les pieds ont de nouveau augmenté de volume et revêtu l'aspect pachydermique. Partout la peau a une coloration cireuse. La physionomie est en partie revenue à son ancienne expression d'hébétude ; le regard est éteint, les yeux sont souvent fixes. Le cuir chevelu est réenvahi par les croûtes ; la langue s'est épaissie, est violacée et tend à sortir de la bouche comme autrefois. L'enfant est oppressée, et la nuit, elle est très gênée pour respirer.

L'intelligence est obnubilée. La parole et la marche sont restées ce qu'elles étaient à la fin de juillet. Le poids de l'enfant est de 10 k. 850.

En résumé, retour partiel à l'état antérieur au traitement.

3 *octobre.* — On reprend le traitement : un gr. de *glande thyroïde du mouton.*

16 *octobre*. — Aucun malaise. Selles diarrhéiques. La physionomie s'est modifiée avantageusement. La langue est moins volumineuse. L'infiltration graisseuse a déjà diminué (Poids : 10 k. 300 au lieu de 10 k. 850 le 1er oct.). B... est redevenue très gaie, mange avec appétit, seule, se servant de sa cuillère qu'elle porte bien à la bouche. Elle boit aussi seule, tenant bien son gobelet. La station verticale s'affermit ; B... se tient de mieux en mieux aux meubles environnants.

25-28 *octobre*. — Cris, colères, attribués à la poussée de nouvelles dents. Lucie bave, refuse de manger, met ses doigts dans sa bouche.

17 *novembre*. — L'enfant supporte bien son traitement. Elle devient malicieuse, imite tout ce qu'elle voit faire, imite sa camarade Kram... dont elle copie les manières et les accès de colère.

19 *décembre*. — Interruption du traitement pendant cinq jours (du 19 au 24 déc.) parce que la malade était souffrante, toussait, avait de la diarrhée. — De temps à autre, crises dentaires. — Desquamation abondante, prédominant aux mains et surtout aux pieds qui changent de peau. Lucie a gagné en activité ; elle demande toujours qu'on la fasse marcher, cherche à grimper partout. Elle essaie de parler, prononce de nouvelles syllabes, par exemple : *aboiboi*, pour à boire, *ati* pour merci. Lorsqu'on a soin de la placer régulièrement sur le vase, elle ne gâte pas et ne pleure plus quand on l'y pose.

31 *décembre*.— Progrès sensibles en tout. Si on n'avait vu l'enfant il y a un an, avant le traitement, on ne croirait pas que c'est la même enfant. Sa physionomie expressive la rapproche des enfants normaux. Elle marche bien, tenue à la main et il est probable que, sous peu, elle marchera seule. Elle demande à aller sur le vase ce qui fait présumer que bientôt elle sera propre. Le caractère est très gai, B... veut toujours jouer, et ne s'endort plus comme autrefois : elle aime le mouvement autant qu'il lui inspirait de répugnance. Les ongles poussent mieux qu'à l'entrée et elle s'en sert quelquefois pour griffer ses compagnes. Elle mange seule, quoiqu'encore peu proprement. Elle fait des efforts pour parler, pour imiter, etc., et son attention est très facile à fixer.

Résumons maintenant les particularités les plus saillantes du traitement.

Durant la première période qui va du 18 janvier au 1er juin, puis du 1er au 31 juillet, soit 166 jours, B.. a pris la glande thyroïde pendant 166 jours à la dose

d'un demi-lobe, c'est-à-dire environ 0 gr. 962 chacun de ces jours, au total 36 gr. 075.

Les résultats obtenus étaient vraiment remarquables et nous aurions voulu vous amener, alors, la malade, mais plusieurs circonstances nous en ont empêché. Nous avons suspendu le traitement et, peu à peu, nous avons vu réapparaître la plupart des symptômes myxœdémateux, physiques et psychiques. Aussi nous sommes-nous empressé de recourir de nouveau à la médication thyroïdienne.



Fig. 31. — B.., en décembre 1896.

Durant la seconde période de traitement qui s'étend du 3 octobre au 31 décembre, soit 89 jours, B.. a pris *un gramme* de glande pendant 19 jours et *un gramme* 25 centigr. pendant 20 jours, soit au total 28 gr. 75.

La glande, dépouillée de la graisse, a été administrée, coupée finement, dans du bouillon.

La *nutrition* a été profondément modifiée : diminution de l'infiltration graisseuse, du volume de la

langue, des lèvres, des paupières ; — disparition de la dyspnée, de la cyanose ; — régularisation des garde-robes ; — retour de la peau à l'état presque normal ; — développement de la *croissance* qui a offert la progression suivante :

Premier traitement.

Mois	*Dates*	*Poids*	*Taille*
Janvier	8	8 k. 600	0m 655
Février	2	8 k.	0m 655
	7	7 k. 700	0m 655
	15	7 k. 600	0m 675
	21	7 k. 300	0m 675
	28	7 k. 600	0m 690
Mars	6	7 k. 500	0m 690
	13	8 k.	0m 690
	27	8 k.	0m 705
Avril	3	8 k.	0m 705
	10	8 k. 400	0m 705
	17	8 k.	0m 720
	24	8 k. 500	0m 725
Mai	1	8 k. 300	0m 720
	8	8 k. 300	0m 730

Le 11 la température s'élève à 39°, 9, il y a de la diarrhée et des vomissements. On ne donne plus la glande thyroïde que tous les 3 jours.

Mai	15	8 k. 200	0m 730
	29	8 k. 100	0m 753

Juin. — Arrêt du traitement du 1er au 30 juin.

	5	8 k. 800	0m 740
	12	9 k.	0m 745
	19	9 k.	0m 745
	26	9 k. 200	0m 750

Juillet. — Reprise du traitement.

Juillet	1	9 k. 900	0m 750
	10	9 k. 800	0m 750
	17	9 k. 200	0m 750
	24	8 k. 900	0m 750

Suspension du 1er août au 2 octobre.

Mois.	*Dates.*	*Poids.*	*Taille.*
Août	21	9 k. 700	0m 750
Septembre	4	10 k. 200	0m 750
	19	10 k. 800	0m 750
Octobre	1er	10 k. 850	0m 750

Deuxième traitement.

Octobre	16	10 k. 300	0.760
	23	9 k. 800	0.760
	30	9 k. 500	0.760
Novembre	6	9 k. 500	0.760
	13	9 k. 400	0.760
	20	9 k. 600	0.760
	27	10 k. 500	0.760
Décembre	4	10 k.	0.765
	11	10 k. 300	0.765
	18	10 k. 200	0.765
	25	10 k. 500	0.765 (1)

Durant le *premier traitement* la *taille* — *ligne bleue* — s'est accrue de 95 millim. et de 15 millim. durant le second, soit en tout de ONZE CENTIMÈTRES, et cela en *un an*. Or, selon Quetelet, chez les filles, la taille est de 854 millim. à 3 ans et de 915 millim. à 4 ans ; l'augmentation est de 6 cent. 1 dans l'année. Bor..., dont la taille (655 millim.) à 3 ans, était inférieure de 199 millim. à la taille normale moyenne de son âge, ayant gagné 11 cent. a donc grandi dans une proportion *beaucoup plus grande*, presque le double, que la croissance naturelle.

Le *poids*, indiqué par la *ligne jaune* sur le graphique, est descendu d'abord de 8 kil. 600 à 7 kil. 300 en 20 jours, s'est relevé à 8 kil. 400 en 34 jours, est redescendu à 8 k., puis est remonté, avec quelques oscillations, à 8 k. 100, après 134 jours. Durant la suspen-

(1) A la date du 15 janvier le traitement ayant été continué, le poids était de 10 k. 800 et la taille de 0m 775, soit encore une augmentation d'un cent.

sion du mois de juin, le poids remonte à 9 k. 900, s'abaisse d'un kil. en juillet durant la reprise du traitement.

Pendant la *suspension du traitement*, le poids qui était de 8 kil. 100 (31 juillet) est remonté à 10 kil. 850 (1er octobre); — la taille a continué à s'accroître et s'est élevée de 732 millim. à 750 millim.

Durant le *second traitement*, le poids s'est abaissé de 10 kil. 850 à 9 kil. 400 avec quelques oscillations, puis est remonté à 10 kil. 500.

La *tête* a profité du développement général du système osseux. Toutes ses dimensions, sauf la demi-circonférence bi-auriculaire, se sont accrues, ainsi que le montre le tableau ci-après.

MESURES DE LA TÊTE.	1895	1896		1897
	Octo.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima.....	46	46	46.5	49
Demi-circonférence bi-auriculaire	31.5	31.5	31.5	31.5
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	34	34	34	35
Diamètre antéro-postérieur maximum.	15	15	15	15.2
— bi-auriculaire	10.8	10.8	10.8	11
— bi-pariétal	13.4	13.4	13.7	14
— bi-temporal	10.6	10.6	11	11.1
Hauteur médiane du front...........	4.5	4.5	5	5

Nous avons dit que les *fontanelles antérieure* et *postérieure* persistaient. Elles se sont rétrécies, notamment la première.

		1895 Octobre	1896 Décembre
Fontanelle antére	Diamètre antéro-postérieur.......	6 cent.	2 cent.
	— transversal	5 cent.	3 cent.

Parmi les changements survenus dans la nutrition, nous devons signaler — ce que nous avons déjà fait dans des publications antérieures — le *développe-*

ment de la dentition qui a été, ici, très remarquable. Les notes que nous avons fait prendre à différentes reprises avant et pendant la médication thyroïdienne, par M. le Dr Bouvet, médecin dentiste de Bicêtre, et qu'il a résumées ainsi qu'il suit, ne laissent aucun doute à cet égard.

État de la dentition (Déc. 1896). — L'état actuel de la bouche et de la dentition du sujet présente un état si normal et si satisfaisant qu'on ne peut croire, en relisant la première observation prise en octobre 1895, qu'elle s'applique à l'enfant que nous avons aujourd'hui sous les yeux. A cette époque, en effet, le maxillaire supérieur présentait un affaissement presque horizontal de la voûte palatine, tandis qu'actuellement le palais a pris sa voussure normale.

La *langue* qui, d'un volume énorme, pendait constamment hors de la bouche, a diminué d'épaisseur pour reprendre des dimensions régulières et se trouve constamment maintenue dans la cavité buccale.

La dentition, réduite en 1895 à un total de 6 incisives, se présente aujourd'hui complète en nombre. Seules les secondes molaires n'ont pas entièrement achevé leur éruption, leurs tubercules faisant seuls saillie hors des gencives. C'est donc un ensemble de 14 dents qui ont effectué leur éruption en l'espace de 15 mois et même un peu moins, car ce n'est qu'à partir du mois de mars 1896 que nous avons constaté une progression active du travail de sortie des dents. A dater de cette époque, en effet, l'enfant a bénéficié d'un mouvement de surnutrition générale extrêmement marqué, même accéléré, comme pour compenser le ralentissement des années antérieures.

Il est toutefois résulté de ces sauts brusques du développement dentaire une légère irrégularité dans la rencontre des dents des deux arcades qui fait que les incisives inférieures heurtent la face postérieure des incisives supérieures et empêchent le croisement complet des deux mâchoires. Quant aux contacts encore non établis entre les prémolaires ils ne tarderont pas à s'effectuer, la couronne de ces dents devant encore subir un allongement qui régularisera complètement les rapports dentaires.

Notons en passant la tendance de la *colonne vertébrale à s'incurver* (notée le 17 février), accident qui ne

s'est point présenté durant le second traitement et qui a été mentionné naguère par Telford Smith. Ce phénomène tient-il à l'emploi trop prolongé de la glande thyroïde ou à l'ingestion d'une dose qui agirait plus que la glande thyroïde à l'état normal, nous ne savons : c'est là un point à éclaircir (1).

Relativement aux *modifications du sang*, nous avons eu la bonne fortune d'obtenir de notre collègue M. VAQUEZ, dont vous connaissez la compétence dans ce genre de recherches, qu'il voulût bien les étudier, ce qu'il a fait à différentes phases du traitement. Nous lui laissons naturellement le soin de vous donner le résultat de ses observations.

La *voix* a subi, sous l'influence du traitement, des modifications qui ont été consignées par M. SUTTER, professeur de chant dans notre service. En voici l'analyse. A son entrée B... n'avait pas de voix ; on ne distinguait qu'un cri. — Douze jours après le début du traitement, l'enfant avait un timbre de voix sonore, avec une étendue de 4 notes et de 6 notes le 2 avril. Elle a gagné successivement 7, 8, 9 et enfin 10 notes à la fin de l'année 1896. La voix quoique assez faible, est sonore et gagnera encore en étendue.

Dans l'ordre intellectuel, nous avons à mentionner des progrès aussi remarquables que sous le rapport physique. La physionomie s'est transformée, est devenue expressive. L'enfant, auparavant inerte, obtuse, indifférente, est gaie, enjouée, affectueuse, attentive : elle s'intéresse à tout ce qui se fait autour d'elle, a de la spontanéité, se souvient.

L'enfant devient de plus en plus propre, elle n'a pas gâté une seule fois depuis 15 jours. Elle marche en tenant légérement par le doigt ; la crainte de tomber paraît seule l'empêcher de partir définivement.

(1) Voir : Danis (C). — *De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette.* Th. de Lyon, 1896.



OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Rien de particulier du côté du père. — Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, nerveuse, migraineuse. — Grand'père, arrière grand'père et deux oncles maternels, nombreux excès de boisson. — Grand'-tante maternelle morte d'un cancer du sein. — Deux oncles maternels, morts de tuberculose pulmonaire. — Cousine choréique.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 *ans.*

Rien d'anormal à la naissance. — Alimentation au lait de chèvre. — Accès de colère. — Retard de la dentition. — Persistance de la fontanelle antérieure. — Hernie ombilicale. — Sensibilité au froid. — Alopécie partielle. — Coloration cireuse de la peau, etc.

Description de la malade en juillet 1895 : *Elle présente tous les caractères de l'idiotie avec cachexie pachydermique : absence de glande thyroïde, nanisme, etc. — État de la malade à la fin de décembre* 1895.

Premier traitement par la médication thyroïdienne : 18 *janvier* 1896-31 *mai ; — Suspension* du 1er au 30 *juin. Reprise du* 1er *au* 31 *juillet : Amélioration très notable. — Suspension du* 1er *août au* 2 *octobre.*

Second traitement du 3 *octobre à ce jour : Amélioration considérable.*

Krœm..., (Aline), née le 15 juillet 1891, à Paris, est entrée à la Fondation Vallée le 17 juillet 1895.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa mère* les 23 juillet et 31 décembre 1895). — PÈRE, 32 ans, de nationalité russe (Odessa), tailleur, cheveux noirs, *nez camus*, taille petite (1m55). On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents, ni accidents nerveux, ni syphilis, ni alcoolisme, ni fièvres intermittentes, etc. — On ne connaît aucune tare nerveuse dans sa famille, sur laquelle les renseignements sont un peu insuffisants.

MÈRE, 26 ans, couturière, *nez aquilin*, cheveux châtains, nerveuse, migraineuse, ni convulsions, ni fièvres intermittentes. Elle est originaire de Phalsbourg où, assure-t-elle, il n'y a pas de goîtreux. — [*Famille de la mère. — Père,*

nombreux *excès de boisson,* a quitté sa femme et est allé en Amérique où il est mort on ne sait de quoi. — *Mère*, 52 ans, sobre, nul accident nerveux. — *Grand-père paternel*, pas de renseignements. — *Grand'mère paternelle* morte à 76 ans, on ne sait de quoi; elle avait toujours eu une bonne santé. — *Grand-père maternel,* fréquents *excès alcooliques*, mort étant ivre. — *Grand'mère maternelle* morte à 82 ans. — Deux *oncles paternels* étaient *buveurs,* trois autres sobres, sans accidents névropathiques. Il en était de même de deux de ses tantes; une troisième est morte d'un *cancer du sein.* — Quatre *oncles* et trois *tantes maternels*, rien à signaler, ni chez leurs enfants. — Deux *frères* ont succombé à la *tuberculose pulmonaire.* — Quatre *sœurs* jouissent d'une bonne santé. — Ni aliénés, ni difformes, ni goîtreux, etc., dans le reste de la famille, sauf une *cousine* atteinte de la *chorée.*]

Pas de consanguinité. — Différence d'âge de six ans. Un seul enfant, la malade.

Notre malade. — Rien de particulier à la *conception.* — *Grossesse* bonne, ni syncopes, ni émotions, etc., etc. Elle buvait un demi-litre de café par jour (1). — *Accouchement* à terme, naturel, en deux heures; présentation du sommet.

A la *naissance*, pas d'asphyxie, aspect naturel, plutôt grosse; la peau n'était ni jaune ni bouffie ; la langue n'était pas épaissie. Au bout de quatre jours, elle fut envoyée en nourrice où elle a été élevée au biberon avec du *lait de chèvre*. Elle a toujours dormi beaucoup et n'a jamais eu de convulsions ni d'accès de cris. Première dent à 8 mois. Elle n'aurait eu aucune maladie, sauf deux bronchites légères jusqu'à deux ans. Quand sa mère l'a reprise (2 ans), elle n'était pas propre, ne parlait pas. Son ventre était fort, elle avait une petite *hernie ombilicale*. « La fontanelle, dit la mère, n'était pas fermée et ne l'est pas encore ». Kr.. était sujette à des *colères* qui persistent. La voix a toujours été criarde. Kr.. est très sensible au froid et aime qu'on l'approche du feu. La coloration jaune, cireuse, de la peau n'aurait paru qu'au mois de mars de cette année (?). On n'a pas remarqué de crasses du cuir chevelu. Kr.. est restée longtemps sans cheveux (2).

---

(1) Depuis que ces renseignements ont été donnés, il est né un second enfant qui a remué dès le quatrième mois tandis que la malade n'aurait remué qu'au cinquième mois. Celle-ci aurait eu des mouvements bien moins prononcés que la seconde, saine. — Cette dernière, âgée de 13 mois, n'a jamais eu de convulsions, a marché à 11 mois, prononce quelques mots, paraît intelligente mais n'a encore que quatre dents.

(2) La mère, revue le 31 décembre 1895, dit que les cheveux n'ont poussé que depuis son entrée à la Fondation (juillet 1895).

Dans sa famille, elle mangeait comme ses parents, de préférence des pommes de terre, mâchait très lentement, buvait près d'un litre de lait par jour, ne vomissait pas, était très constipée, mais n'a pas eu de chute du rectum.

L'*attention* est très difficile à fixer. L'enfant paraît affectueuse. Depuis son arrivée à Paris, elle aurait eu la rougeole. Pas de manifestations lymphatiques ni de vers.

État actuel. *(Juillet).* — L'enfant offre tous *les caractères classiques de l'idiotie myxœdémateuse.* — Tête brachycéphale. Front haut, bombé un peu plus à droite qu'à gauche ; bosses pariétales et région occipitale saillantes. Cuir chevelu épais,



Fig. 32. — Kr... en juillet 1895.

recouvert d'une desquamation furfuracée ; cheveux un peu drus, implantés par touffes. *Alopécie partielle* au-dessus des bosses frontales et au niveau du vertex. La *fontanelle antérieure n'est pas fermée* et mesure 0,08 d'avant en arrière; descend en avant jusqu'à la racine des cheveux ; 0,06 transversalement. Ce qui frappe immédiatement, quand on examine la face, c'est l'apparence bombée du front et le prognathisme. Au-dessus des arcades sourcilières, on trouve une dépression très accusée ; les sourcils sont fins, abondants dans leur moitié interne, beaucoup moins fournis dans leur moitié

externe. *Paupières* gonflées, laissant apparaître à peine les globes oculaires ; l'écartement habituel est de moins d'un centimètre. Les *cils,* peu abondants aux paupières supérieures, le sont moins encore aux paupières inférieures qui sont le siège d'une légère irritation. Les conjonctives palpébrales sont décolorées, les sclérotiques blanches, les iris bleus, les pupilles égales, contractiles. Aucune lésion oculaire, aucun trouble fonctionnel. — *Nez camus,* narines elliptiques presque horizontales. — *Lèvres* saillantes, épaisses. *Bouche* habituellement *entr'ouverte* laissant apercevoir la pointe de la *langue*. Les joues sont grosses, épaisses, lipomateuses. Le menton, petit, paraît rejeté en arrière à cause de la saillie des lèvres. *Oreilles* pâles, cireuses, collées, bien ourlées, avec un lobule distinct. — Pas de coryza ni d'otorrhée. — La voûte palatine n'est pas profonde ; elle est large, ogivale. — *Langue* hypertrophiée *(Fig.* 32.)

Cou très court : *la palpation la plus minutieuse ne permet pas de sentir la plus petite trace de* GLANDE THYROIDE. Dans les creux sus-claviculaires, on découvre des masses graisseuses modérément développées.

Thorax court, large, bombé en avant ; régions pectorales développées, graisseuses. La partie interscapulaire du dos forme une convexité prononcée. Il ne semble pas y avoir de déviation de la colonne vertébrale, cependant, au-dessus du sacrum, on trouve une véritable ensellure. — Le *ventre* est très gros, surtout dans la partie sus-ombilicale. Pointe de *hernie ombilicale.*

Membres supérieurs. Ils sont épais, cylindriques ; les doigts sont courts ainsi que les ongles qui cassent facilement. *Cyanose* des téguments des mains ; sous les aisselles graisse assez abondante.

Membres inférieurs. Cuisses grasses ainsi que les mollets. Il existe partout une *infiltration graisseuse* prononcée. Pas de cyanose des orteils.

Les *mensurations* comparatives des membres supérieurs et inférieurs n'ont décélé aucune différence. Les mouvements des membres supérieurs sont relativement vifs surtout quand l'enfant est en colère. L'enfant ne marche pas seule mais se traîne lourdement en s'appuyant aux meubles.

Organes génitaux. Mont de Vénus et grandes lèvres graisseux.

La *peau* a partout une coloration jaune cireuse, en particulier à la face. Nombreuses veinules visibles sur la face antérieure de la poitrine, entre les deux seins et jusqu'au rebord des fausses côtes.

Voici les *températures rectales* de Kr... durant les 10 premiers jours de son admission :

1er jour..................	36°,6	36°,5
2e —	36°,6	36°,4
3e —	36°,4	36°,6
4e —	36°,8	37°
5e —	37°	36°,8
6e —	36°,6	36°,8
7e —	36°,5	36°,4
8e —	36°,5	36°,6
9e —	36°,2	36°,6
10e —	36°,2	36°,1

Décembre. — Amélioration. Bon appétit, mange de tout, peu d'appétence pour la viande ; boit du vin et du lait, mais préfère ce dernier. Préhension lente, assez bonne ; constipation très prononcée. Gâtisme. — Marche moins défectueuse. Kr... ne veut plus aller dans le chariot, marche avec la main ou une chaise, ne peut pas marcher seule. — Elle a moins d'accès de colère, est affectueuse, comprend quand on la gronde, reconnait les personnes qui la soignent, les enfants qui l'avoisinent, chantonne, rit, est assez attentive, prononce une vingtaine de mots. — Sensibilité très vive au froid. — Les différents sens spéciaux semblent normaux.

1896. 18 *janvier.* — Traitement par la *glande thyroïde* du mouton : un *demi-lobe.*

19 *janvier.* — Dans la matinée Kr.. est mal en train et vomit un peu après son déjeuner.

20 *janvier.* — Énervement, besoin de mouvement, sueurs assez abondantes.

21 *janvier.* — Aucun malaise. Gaieté expansive, tend la main, envoie des baisers, ne crie plus et ne se met plus en colère à la visite, comme elle le faisait auparavant. Les selles se régularisent.

27 *janvier.* — Énervement, refus de manger, plaintes, sueurs, tremblements.

29 *janvier.* — Insomnie. Inappétence, vomissements, soif vive.

1er *février.* — Les sueurs ont disparu. Kr... se gratte conti-

nuellement, son sommeil est toujours agité, elle se plaint, se tourne et retourne, ne veut pas rester couverte.

2 *février*. — L'enfant, qui paraît souffrir, pleure presque toute la journée et ne dort pas, ce qu'explique le lendemain, l'apparition d'un gonflement de la joue droite, dû à la poussée des dents.



Fig. 33. — Kr... en mai 1896.

6 *février*. — Kr.. ne souffre plus, est gaie, est moins coléreuse, ne se fâche plus aussi facilement qu'autrefois, comprend mieux le jeu.

9 *février*. — Un demi-lobe tous les deux jours. Bon appétit. Sommeil calme. Teint plus clair. Amélioration sensible ; toutefois la transformation est moins rapide et partant moins frappante que chez Borj..

24 *février*. — Kr.. comprend ce qu'on lui dit, essaie de parler, imite ce qu'on fait devant elle, est gaie, n'éprouve aucun malaise, dort bien. La desquamation commence aux pieds et aux mains.

28 *février*. — Une enfant la fait tomber, ce qui occasionne une petite plaie au front. La douleur n'a pas été bien vive, car Kr.. n'a pas pleuré.

29 *février*. — Aline est mal à son aise, de mauvaise humeur, vomit plusieurs fois, refuse de manger, boit beaucoup de lait. Au lit, elle se découvre sans cesse. T. R.37°, 6, ce qui est un chiffre relativement élevé pour elle. — *Suspension de la glande.*

1er *mars*. — Aline n'a pas dormi, a été agitée. T.R. 37°,7 (chez elle, une température fébrile). Toute la figure, y compris les paupières, est gonflée. Elle montre qu'elle a mal aux dents et au front. Dans l'après-midi, elle est de meilleure humeur, demande à manger, s'amuse avec ses compagnes. — *Soir* : T. R. 37°, 4.

2 *mars*. — Nuit meilleure. L'enfant revient à ses anciennes habitudes. Le soir la T. R. est redescendue à 36°, 8. — Le traitement est repris le 6 mars.

17 *mars*. — Aucun malaise. Kr... est toujours gaie, mais dès qu'elle voit qu'on fait des caresses à Lucie B..., sa camarade, ou qu'on la prend sur ses genoux, elle pleure et entre dans des rages furieuses, car elle est très jalouse. Elle connaît ses petites camarades de l'infirmerie où elle couche.

31 *mars*. — Kr.., toujours capricieuse, devient moins jalouse. Elle apporte de la bonne volonté pour les *exercices de la parole*. Quant à la *marche*, elle préfère s'y essayer le long d'un lit ou à l'aide d'une chaise que d'aller dans son chariot : dès qu'elle le voit, elle se met en colère, devient toute bleue et on est amené à lui céder.

7-30 *avril*. — L'enfant est craintive, capricieuse, jalouse, gourmande. Il lui arrive quelquefois de gâter la nuit.

Mai. — Bien qu'elle ait de la répugnance pour les *exercices de la marche*, on est parvenu à lui faire faire, seule, quelques pas. Elle continue à se mettre dans des colères violentes quand on veut la placer dans le chariot, se mord les mains, se cogne la tête, trépigne, pousse des cris épouvantables. Elle supporte bien le traitement. (*Fig*. 33).

Juin.— Kr... comprend bien tout ce qu'on lui dit, sait quand



elle fait mal et pleure dans la crainte qu'on ne la gronde. Elle est très joueuse, taquine. Elle ne veut marcher qu'à l'aide de la main ou d'une chaise, va trop vite et tombe, ce qui l'effraie et la retarde. Appétit bon, pas de vomissements ni de diarrhée, sueurs assez abondantes, occasionnées peut-être plus par la température extérieure que par la médication qui a été suspendue le 31 mai *(Fig.* 34).

Juillet. — L'enfant exécute seule quelques pas. Le caractère est toujours irritable, volontaire. La médication a été reprise le 1er de ce mois et continuée jusqu'au 30.



Fig. 34. — Kr... en juin 1896.

1er *octobre.* — *Poids :* 12 k. 500 ; — *taille :* 0m 77. L'enfant a donc une tendance à l'obésité. Elle est devenue plus gâteuse, moins gaie, plus coléreuse, plus méchante, frappe ses camarades. Enfin elle n'a pas fait de progrès pour la marche. La température est redescendue entre 36° et 37°. Il y a donc une tendance vers le retour des symptômes myxœdémateux.

3 *octobre.* — On reprend le *traitement : un gramme* de *glande thyroïde.*

13 *octobre.* — Aucun malaise, ni sueur, ni tremblement. Selles régulières. Amaigrissement.

20 *octobre.* — Krœm..., qui n'acceptait le médicament qu'avec difficulté, le prend bien maintenant. Elle marche seule, mais encore par caprices : s'il y a des spectateurs, elle ne veut même pas se tenir debout. Dans le jour, elle est propre, demande le vase ; elle gâte encore la nuit.

31 *octobre.* — Elle marche de mieux en mieux ; on dirait



Fig. 35. — Kr... en décembre 1896.

une « poupée à ressorts » ; elle suit partout les personnes qui la soignent ; elle est de meilleure humeur, ne paraît ressentir aucun malaise, dort bien ; propre le jour, gâteuse la nuit.

Novembre. — L'amélioration s'accentue de jour en jour, sans qu'on note aucun symptôme particulier. Les fonctions digestives sont régulières, le sommeil est bon. Les accès de

colère s'éloignent. Kr... paraît contente de marcher seule, cherche à se faire comprendre, se montre affectueuse avec ses parents. Elle est joueuse, malicieuse, distingue bien ses camarades et les infirmières les unes des autres, s'efforce de parler. — Depuis le 10 novembre, elle prend tous les deux jours 1 gr. 25 de glande.

Décembre. — L'enfant est redevenue gâteuse. Elle se rend compte qu'elle a mal fait et essaie de faire disparaître ses excréments. On dirait qu'elle se laisse aller un peu par taquinerie (1). Les cheveux tombent, les ongles poussent naturellement. — Elle marche très-bien, trotte sans cesse, grimpe partout, aussi est-on obligé de la surveiller très-attentivement. Son caractère est moins violent, plus affectueux et, par ses câlineries, elle essaie de faire oublier ses petits méfaits. — La *parole* s'est un peu développée. Toutefois, Kr... ne prononce encore distinctement qu'un petit nombre de mots : maman, papa, caca, dodo, pot-pot, bonbon, nez, dent, tiens, dos, en haut, en bas, à plus, feu, bas, pain, etc. En raison de ses colères, de la difficulté de maintenir assez longtemps son attention, les *exercices de prononciation* sont difficiles et relativement peu fructueux. — L'appétit est bon, la mastication normale. Kr.. se sert de la cuillère; pas de vomissements; selles régulières, sans diarrhée. — Kr... aime à être propre et dès que sa figure ou ses mains sont sales, elle vient vers les infirmières pour qu'on la nettoie. (*Fig.* 35).

Les détails dont nous avons fait suivre la première observation nous autorisent à nous borner, au sujet de Kr.., aux points principaux.

Durant le *premier traitement* qui a porté sur 166 jours, elle a pris un demi lobe de glande thyroïde pendant 77 jours, soit 37 gr. 04 L'amélioration due au traitement a été très notable à tous égards.

Pendant la *suspension* (1er août au 2 octobre) nous avons vu réapparaître une partie des symptômes myxœdémateux, toutefois à un degré moins prononcé que chez Bor...

Au cours du *second traitement* du 2 octobre, à la fin

(1) Actuellement (22 janvier 1897) elle est propre durant le jour, mais il lui arrive souvent de gâter pendant la nuit.

décembre ou 89 jours, Kr... a pris un gramme (19 jours), puis 1 gr. 25 de glande thyroïde (23 jours), soit 47 gr. 75 (1).

Les changements survenus dans le *poids* et la *taille* sont résumés dans le tableau ci-après :

Premier traitement.

Mois	*Dates*	*Poids*	*Taille*
Janvier	18	12 k. 500	0.690
—	26	10 k. 700	0.700

Traitement interrompu du 29 janvier au 6 février à cause de l'élévation de la température à 38°. On ne donne ensuite qu'un demi-lobe tous les 2 jours.

Février	3	10 k. 500	0.700
	7	10 k. 900	0.700
	21	10 k. 800	0.710
	27	10 k. 800	0.725

Interruption du 29 février au 5 mars. Élévation de la température.

Mars	6	10 k. 800	0.725
	13	11 k. »	0.730
	27	10 k. 800	0.735
Avril	4	10 k. 600	0.740
	10	10 k. 900	0.740
	17	10 k. 800	0.750
	24	11 k. 200	0.750
Mai	2	10 k. 800	0.750
	8	10 k. 600	0.750
	15	10 k. 600	0.755
	22	11 k. »	0.755
	29	11 k. »	0.755

Suspension du traitement du 1er au 30 juin.

Juin	5	11 k. 100	0.760
	26	11 k. 600	0.770

Reprise du traitement (1er juillet).

(1) Nous avons fait de nouvelles pesées portant sur *dix lobes* de glande thyroïde, débarrassés de la graisse. Le poids a varié de 1 gr. 12 à 0 gr. 88 ; le poids moyen a été de 0 gr. 962.

Mois.	*Dates.*	*Poids.*	*Taille.*
Juillet	3	12 k. 100	0.770
	10	12 k. »	0.770
	17	11 k. 800	0.770
	24	11 k. 900	0.770
	31	11 k. 300	0.770
	Durant la grande suspension.		
Août	21	11 k. 400	0.770
Septembre	4	11 k. »	0.770
	19	12 k. 500	0.770
Octobre	1	12 k. 500	0.770
	Durant le second traitement.		
	9	12 k. 500	0.770
	16	12 k. 100	0.780
	23	11 k. 700	0.780
	31	11 k. 500	0.780
Novembre	6	11 k. 500	0.780
	13	11 k. 300	0.780
	20	11 k. 200	0.790
	27	11 k. 590	0.790
Décembre	4	11 k. 100	0.790
	11	11 k. »	0.790
	18	11 k. »	0.790
	20	11 k. 200	0.790

Le *poids* a offert des oscillations à peu près analogues à celles qui ont été observées dans le premier cas. — La *taille*, qui était de 69 centimètres avant le traitement, s'est élévée à 77 centimètres durant la première médication et de 77 cent. à 79 durant la seconde, total DIX CENTIMÈTRES. A l'état physiologique, la taille moyenne, à 4 ans étant de 915 mm. (Quetelet), Kr... avait donc 225 mm. au-dessous de la moyenne. L'accroissement de la taille ayant été, en 1896, de *dix centimètres* et l'accroissement moyen normal étant, de 4 à 5 ans, de 5 centimètres 9, elle a donc grandi preque du *double* de la croissance naturelle.

La *tête* a participé au développement général, ainsi

que cela ressort des mensurations comparatives du tableau ci-dessous :

MESURES DE LA TÊTE.	1895	1896		1897
	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Circonférence horizontale maxima.....	47	47	48	48
Demi-circonféreuce bi-auriculaire.....	30	30	31	31
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez...........	32	32	32	35
Diamètre antéro-postérieur maximum.	16.5	16.5	16.6	16.6
— bi-auriculaire.................	10.5	10.5	11	11
— bi-pariétal....................	13	13	13.2	13.5
— bi-temporal...................	11	11	11	11
Hauteur médiane du front............	5	5	5	5

La *fontanelle antérieure* a subi des modifications intéressantes et tend vers une ossification complète:

	1895 Juillet	1896 Décembre
Diamètre antéro-postérieur.....	0.08	0.032
— transversal...........	0.06	0.028

Il n'y a plus que quelques traces de la *fontanelle postérieure*.

En raison des modifications très prononcées qui se sont produites du côté de la *dentition*, nous allons reproduire les notes prises à différentes époques par M. le Dr Bouvet, médecin-dentiste de l'hospice.

1895. *Octobre.* — *Maxillaire supérieur :* courbure alvéolaire assez large, très faible prognathisme. — *Dentition :* les quatre incisives supérieures ont leur couronne extrêmement rongée et semblent avoir présenté des traces de quelques érosions, bien qu'on n'en observe pas aux incisives inférieures. Les autres dents temporaires sont normales, les secondes molaires n'ont pas encore paru.

3 *novembre.* — Les incisives supérieures, entamées par l'érosion, continuent à s'effriter, au point de ne laisser qu'une légère saillie hors du bord alvéolaire. Les incisives inférieures viennent en conséquence mordre les gencives de la région antérieure, produisant un léger suintement hémorrhagique de la région.

27 *novembre.* — Les gencives ulcérées au commencement du mois sont aujourd'hui guéries.

1896. *Mars.* — L'état des gencives supérieures est très satisfaisant. Elles ne saignent plus et ont leur teinte et leur aspect normaux. L'évolution dentaire progresse manifestement, car les secondes molaires temporaires sont en voie d'évolution.

Juin. — Les gencives sont en parfait état. Depuis quelques mois, la dentition temporaire a fait de grands progrès dans son évolution. Les secondes molaires inférieures ont achevé leur éruption et les secondes molaires supérieures sont à demi sorties de la gencive.

Août. — La première molaire inférieure droite est en évolution.

Décembre. — L'état actuel de la bouche et des dents de Kra... se présente dans des conditions normales. *L'éruption des dents*, fort retardée, il y a quinze mois, *est aujourd'hui complètement achevée.* L'enfant présenterait son nombre régulier de dents, si une première molaire supérieure gauche, profondément cariée, n'avait dû être extraite antérieurement. La première molaire supérieure droite, symétrique de la dent enlevée, est aussi ravagée par la carie et quelques vestiges de sa couronne persistent seuls sur la gencive. — Les incisives supérieures sont les seules dents qui présentent une anomalie de structure. Marquées d'érosions à leur tiers inférieur, le bord inférieur de la couronne érodée s'est éliminé peu à peu prenant une forme concave semi-lunaire. Toutes les autres dents ont effectué normalement et dans des conditions de nutrition très suractivée, leur éruption depuis la première observation, la couronne des secondes molaires étant sortie jusqu'au niveau de son collet. — Les gencives sont très saines, rosées, et portent l'indice d'une circulation et d'une nutrition très régulières.

Relativement à la *voix*, voici le résumé des constatations faites par M. SUTTER. Le 17 juillet 1895, K... avait une étendue problable de quatre notes. Le 10 février 1896, elle avait une étendue de cinq notes, le 2 avril huit notes, et enfin le 14 janvier 1897, une étendue de neuf notes. Le timbre de la voix est sonore et assez fort. Kr... a donc deux notes de moins dans le haut que Bor... et une note de plus dans le grave.

Elle aura un timbre de voix bien plus grave que Bor... et plus fort avec l'âge.

Enfin, l'*intelligence* s'est sensiblement développée à peu près sous tous les rapports. Le *caractère* de Kr... s'est amélioré, les accès de colère se sont éloignés. Son vocabulaire s'enrichit, quoique lentement. La marche s'exécute d'une manière normale et l'inertie a fait place au mouvement.

Messieurs,

Vous avez vu ces deux enfants il y a un an. Elles offraient à un degré très prononcé tous les symptômes du myxœdème infantile. Vous pouvez juger aujourd'hui et par l'observation directe et par l'examen de leurs photographies, prises plusieurs fois dans l'année, de la transformation opérée chez elles par la médication thyroïdienne.

XII.

Examen du sang de sujets myxœdémateux;

Par M. H. VAQUEZ (1).

M. le Dr Bourneville a bien voulu s'en remettre à nous du soin d'examiner le sang de sujets myxœdémateux et de noter les modifications que la maladie et son traitement pouvaient y déterminer. Nos études ont porté sur sept sujets, les uns adultes, les autres plus jeunes; mais nos observations n'ont trait aujourd'hui qu'à deux de ces derniers, les nommées B... et K... âgés de 4 ans et de 5 ans, dont l'observation vient d'être communiquée à la Société.

	18 déc. 1895 Avant le traitement.	29 janv. Après le traitement.	15 mars.	27 juillet.
Nombre des globules rouges	2.204.000	2.088.000	2.490.000	2.842.000
Taux de l'émoglobine........	58	80	75	75
Valeur hémoglobinique (par million de globules).......	26 μ g.	38 μ g.	30 μ g.	26 μ g.
Diamètre globulaire.........	8 μ 24	8 μ 11	7 μ 90	7 μ 91
Leucocytes..................	8.000	8.400	7.200	10.000

(Appareils de M. Malassez).

En même temps la courbe des diamètres globulaires se modifiait sensiblement, car si l'on compare les deux dates extrêmes (18 décembre-27 juillet), on voit que la seconde ligne, à sommet beaucoup plus

(1) Travail du Laboratoire d'histologie du Collège de France, lu à la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 22 janvier.

abaissé, à ouverture d'angle beaucoup plus grande, à maxima et minima plus étendue, est bien celle que l'on voit d'ordinaire dans les processus de rénovation du sang. Cela est en rapport avec l'accroissement du nombre des globules, si manifeste à ce moment (*Fig.* 36). L'examen de préparations sèches, colorées à l'éosine et à l'hématéine a donné parallèlement les résultats suivants :

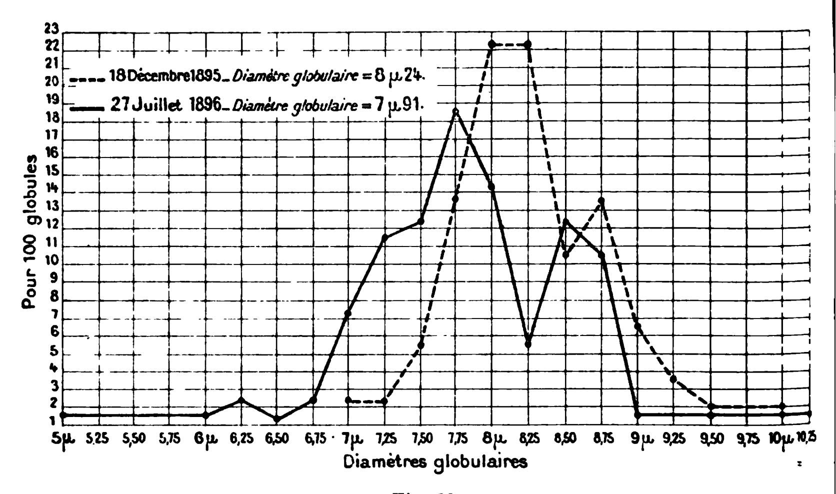


Fig. 36.

Le 18 décembre, quelques globules rouges nucléés en petit nombre peuvent être vus dans les préparations, on n'en retrouve pas dans les examens ultérieurs.

Les variations des leucocytes sont peu accentuées ; comme on le voit, d'après le tableau précédent, leur nombre total est sensiblement égal à la normale. Le rapport des variétés de globules blancs entre elles, n'a présenté que de légères différences. Cependant, en procédant à la numération sur des chiffres impor-

tants de leucocytes (300 à 400), comme l'a bien recommandé récemment Jolly (*Arch. de méd. expérimentale*, juillet 1896), on voit que, le 18 décembre, le rapport des mononucléaires aux polynucléaires est de 28 %, alors que, le 15 mars il est de 46 % : L'augmentation s'est faite surtout par l'apparition plus fréquente de grands mononucléaires à protoplasma peu coloré. Nous avons déjà signalé ce fait dans une communication précédente (1).

Le deuxième cas a donné des résultats différents :

Kram...	18 déc 1895	29 mars 1896	27 juillet.
Nombre de globules.	3.500.000	3.200.000	4.050.000
Taux de l'hémoglob.	110	115	120
Valeur hémoglobinique.	31 μ g.	34 μ g.	28 μ. g.
Diamètre globulaire..	7 μ 8	7 μ 7	7 μ 9
Appareils de M. Malassez.			

Malgré les différences observées, et même à cause d'elles, ce cas est extrêmement intéressant pour les raisons suivantes : chez l'enfant observé, il existait, au début des accidents, une cyanose très marquée des extrémités ; plus tard, à la suite du traitement, cette cyanose avait diminué sans disparaître entièrement, et elle reparaissait rapidement sous l'influence des efforts et des cris. L'enfant, extrêmement indocile et peureuse, présentait, sous l'influence de ses mouvements, une variation rapide dans la coloration du sang du doigt et même de sa composition, car des examens, répétés à de courts intervalles, ne donnaient pas de résultats comparables au point de vue de la teneur totale en hémoglobine et du chiffre des hématies. C'est un exemple très manifeste de l'importance qu'il faut accorder aux variations locales de la circula-

(1) Un cas de myxœdème infantile. — Modifications du sang, par MM. Lebreton et Vaquez. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 11 janvier 1895.

tion, fait sur lequel le professeur Hayem a bien insisté. Dans le cas présent, ces variations peuvent nous expliquer la raison de la divergence des auteurs, relativement à la composition du sang chez les myxœdémateux.

Tout d'abord il est certain que le *nombre des globules rouges*, pour la raison précédente, peut varier dans d'assez fortes proportions. Sous l'influence du traitement on voit parfois, dans les premiers jours, le chiffre des hématies s'abaisser. C'est ce que nous avons constaté chez Borj... et chez d'autres sujets. Il ne faudrait pas croire à une hypoglobulie par anémie. La disparition de la cyanose digitale, lorsqu'elle existe, l'activité plus grande de la circulation et la diminution de la stase périphérique expliquent parfaitement ce fait en apparence paradoxal. Quant au chiffre total des globules rouges, il peut être augmenté, normal, ou abaissé. Lorsqu'il est augmenté, cela est toujours en rapport avec une stase locale. Chez l'adulte, il peut-être normal comme Krœpelin, Schotten l'ont remarqué. Chez l'enfant, en dehors de ce cas spécial, il est habituellement abaissé, et un des effets du traitement est de le relever progressivement ; mais ce relèvement n'est pas très rapide ; il faut, pour le produire, que le traitement soit longtemps prolongé, et il est toujours postérieur à l'augmentation de la valeur hémoglobinique.

L'abaissement du chiffre de l'hémoglobine chez les myxœdémateux, son augmentation à la suite du traitement, ont été signalés par Mendel, Lichtenstein, Schotten, Masoin et nous-même. L'examen du sang de B... donne un résultat conforme à ce qui a été avancé. Les mêmes modifications ont été constatées également sur deux autres myxœdémateux du service de M. Bourneville : Gan... âgée de 14 ans et Wa... âgée de 20 ans. Dans le premier cas le chiffre de l'hémoglobine, par million de globules rouges, passa de 27 μ g.

à 38 μ g., dans le deuxième de 32 μ g. à 34 μ g. Il ne semble donc pas douteux que le chiffre de l'hémoglobine soit diminué, d'une manière absolue et relative, dans le sang des myxœdémateux et qu'un des premiers effets du traitement soit de le relever. Masoin a constaté des modifications analogues chez les animaux thyroïdectomisés. L'importance de ces conclusions n'échappera à personne, car celles-ci sont capables d'expliquer plusieurs des phénomènes cliniques propres au myxœdème. Seules, les conditions de la circulation locale sont capables dans certains cas de modifier les résultats.

Ce n'est pas tout. Krœpelin a signalé, et nous avons noté après lui, l'*augmentation du diamètre globulaire* chez les myxœdémateux. Nos récentes observations confirment encore cette donnée. Chez B..., avant tout traitement le diamètre globulaire atteignait 8 μ 24, chiffre tout à fait insolite. Ultérieurement il descendit à 8 μ 11 puis à 7 μ 90, pour se maintenir à ce chiffre encore très élevé. Chez Kr... il varia de 7 μ 8 à 7 μ 9. Dans le cas rapporté précédemment par nous, la moyenne, avant le traitement était de 8 μ 10.

Dans cette même communication nous avons expliqué assez longuement la méthode suivie par nous, d'après les conseils de notre maître, M. Malassez, pour qu'il soit inutile de la rappeler ici. Cette méthode donne, on le sait, une approximation presque parfaite, puisqu'elle permet de réduire l'écart d'erreur à un dixième de μ. environ. Nous dirons de plus que l'augmentation de volume constatée ne peut pas tenir à la concentration du sang, car elle diminue lorsque le chiffre des globules augmente sous l'effet du traitement. Elle ne tient pas non plus à une surcharge anormale en hémoglobine, puisque des modifications inverses, analogues à la précédente, ont toujours été constatées. Le fait signalé par Krœpelin et par nous-même paraît donc avoir une signification réelle et

constante jusqu'à présent, parmi les altérations constatées par les auteurs, dans le sang des myxœdémateux.

Nous avons, d'autre part, attiré l'attention sur la *présence de globules rouges à noyaux* dans le sang de ces malades. Nous l'avions signalée dans le cas rapporté devant la Société, avec M. Lebreton. Nous l'avons retrouvée encore dans la première de nos observations. Avant le traitement, le sang de B... contenait, en très petit nombre il est vrai, des hématies nucléées.

Nous avons eu l'occasion de confirmer encore ce fait dans un cas de myxœdème chez un adulte, observé avec notre ami le Dr Regnault. L'examen de nombreuses préparations sèches nous a permis de retrouver plusieurs de ces éléments. Ceux-ci, comme on le sait, ne se retrouvent jamais, ou pour ainsi dire jamais dans le sang, après la naissance. En dehors de l'anémie extrême, où ils sont rares, de la leucémie où ils peuvent être très abondants, on n'en connait guère d'autres exemples. Ce fait a donc une réelle valeur. Après le traitement, il nous a été impossible de retrouver des globules rouges nucléés dans le sang de nos malades.

Quant aux *variations des globules blancs*, nous n'en dirons que quelques mots. La leucocytose constatée au début par Mendel, Schotten, etc., n'a pas éte retrouvée par nous. Dans le cas de B... nous avons noté, après le traitement, une modification dans le rapport des divers éléments et une augmentation très manifeste des grands mononucléaires relativement au chiffre des polynucléaires. Nous avons antérieurement rapporté une observation identique. Dans les autres cas, nous n'avons pas pu arriver à une conclusion formelle. Disons seulement que le chiffre des leucocytes éosinophiles ne nous a pas paru présenter de modifications,

si ce n'est chez un myxœdémateux adulte où il était augmenté.

Bien que nos observations aient porté jusqu'ici sur un nombre déjà considérable de myxœdémateux, puisque nous avons pu en examiner neuf, il serait téméraire d'en tirer des conclusions définitives. Il y a des faits qui paraissent acquis et que nous avons signalés au cours de ce travail, d'autres seront probablement rapportés. Nous continuerons nos recherches sur ce sujet, en y joignant l'expérimentation, persuadé que l'on pourra en tirer d'intéressantes déductions au point de vue de la physiologie pathologique du myxœdème et de la physiologie normale du corps thyroïde.

M. HAYEM. M. Vaquez a trouvé chez les myxœdémateux des globules rouges à noyau avec une anémie du deuxième degré; la fréquence des globules à noyau est d'autant plus grande que l'enfant est plus jeune.

Chez l'adulte, les globules nucléés n'apparaissent que si l'anémie atteint le troisième et surtout le quatrième degré, à moins qu'il n'y ait une altération des organes hématopoiétiques. Il semble donc que les myxœdémateux soient des infantiles ayant conservé une aptitude particulière à former des globules rouges à noyau.

M. VAQUEZ. Je ne saurais dire si la présence de globules nucléés dans le sang des myxœdémateux est véritablement constante. Mais je ne crois pas qu'elle soit toujours imputable à la seule anémie, car je l'ai aussi constatée chez un myxœdémateux adulte très faiblement anémique.

M. MARIE. Les deux enfants présentés par M. Bourneville avaient, quand on commença leur traitement, de trois à quatre ans. Le résultat est assurément remarquable; mais les myxœdémateux ne sont pas toujours aussi facilement modifiables; j'ai eu un insuccès complet chez deux malades de deux ans à trois ans et demi. Il est vrai que tous deux étaient albuminuriques, qu'ils avaient le pouls très fréquent, toutes mauvaises conditions pour tolérer le traitement thyroïdien. Je trouve que la dose employée par M. Bourneville, près de 1 gramme, est considérable, car j'ai eu des accidents chez ces deux jeunes enfants avec 25 centigrammes.

M. DEBOVE. M. Bourneville a-t-il observé des accidents ?

M. BOURNEVILLE. Oui, dans la première série de cas que j'ai traités. Chez un malade de trente et un ans, j'ai observé du tremblement, l'accélération du pouls à 130, une tendance à la syncope et au refroidissement, l'affaiblissement des jambes, etc.

M. DEBOVE. Il est important de signaler ces accidents, parce que je connais des cas traités par le corps thyroïde, suivis de mort et qui n'ont pas été publiés.

M. BOURNEVILLE. Vous avez parfaitement raison. Dès que des symptômes un peu inquiétants apparaissent, j'ai soin de suspendre le traitement ; c'est ce qui ressort des détails de mes observations.

XIII.

Examen des urines de trois malades atteintes d'idiotie myxœdémateuse *(Wa..., Gangl... et Kræ...)* avant et pendant la médication thyroïdienne ;

PAR **PAJAUD**,
Interne en pharmacie du service.

Nous avons essayé de recueillir pour analyse, les urines de nos malades myxœdémateuses. Nous n'avons réussi que pour trois d'entre elles. L'interne en pharmacie du service, M. Pajaud, a bien voulu se charger des analyses qui ont été vérifiées par son chef immédiat, M. BERTHOUD, pharmacien de Bicêtre. Nous reproduisons ces analyses à titre de document.

1° Wath... a été mise en traitement du **4 janvier au 1er** mai 1896.

Urine *du* 26-27 *décembre* 1895. (Avant le traitement).

CARACTÈRES GÉNÉRAUX.

Volume : 325 cm.
Aspect : louche avec dépôt blanc.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : fétide.
Réaction : légèrement acide.
Densité : 1034.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec :	53 gr.	17.225
Cendres :	19 gr. 27	6.262
Urée :	16 gr. 40	5.330

Acide urique :	0 gr. 6895	0.224
Acide phosphorique $P^2 O^5$:	1 gr. 62	0.526
Chlore :	16 gr. 72	5.434

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

par litre par 24 heures

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Rien à noter si ce n'est quelques cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Urine remarquable par sa forte densité.

Urine *du* 17-18 *Avril* 1896. (Au 103e jour du traitement).

Volume . 450 cm³.
Aspect : trouble.
Couleur : jaune citron foncé.
Odeur : fétide.
Réaction : légèrement acide.
Densité : 1025.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

Résidu sec :	68 gr. 58	30 862
Cendres :	17 gr. 10	7 734
Urée :	32 gr.	14 40
Acide urique :	0 gr. 465	0 210
Acide phosphorique $P^2 O^5$:	2 gr. 85	1 282
Chlore :	15 gr. 25	6 862

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Urine toujours très dense, a gagné considérablenent en urée.

2° Gangl... a été mise en traitement du 4 janvier au 1er mai 1896.

Urine *du* 27-28 *décembre* 1895. (Avant le traitement).

Volume : 540m.
Aspect : louche avec dépôt blanc.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : urineuse forte.
Réaction : légèrement acide.
Densité à 15° : 1026.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec :	45 gr. 70	24.778
Cendres :	22 gr. 10	11.934
Urée :	16 gr. 25	8.775
Acide urique :	0 gr. 512	0.276
Acide phosphorique $P^2 O^5$:	1 gr. 21	0.653
Chlore :	20 gr. 77	11.215

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Rien à noter.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Urine remarquable par sa densité et sa grande quantité de chlorures.

Urine *du* 11-12 *janvier* 1896. (Au 7e jour du traitement).

Volume : 770 cm³.
Aspect : louche avec dépot blanc.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : urineuse forte.
Réaction : légèrement acide.
Densité à 15° : 1022.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec :	39 gr. 25	30·22

Cendres :	19 gr. 30	14.860
Urée :	17 gr. 70	13.630
Acide urique :	0 gr. 305	0.234
Acide phosphorique P^2O^5 :	2 gr. 50	1.925
Chlore :	15 gr. 22	11.720

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment : néant.
Indican : néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Urine très dense.

Urine *du* 17-18 *avril* 1896. (Au 103[e] jour du traitement).
Volume : 320[m].
Aspect : louche.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : forte.
Réaction : faiblement audé.
Densité à 150 : 1027.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec :	69 gr. 43	21 220
Cendres :	23 gr. 68	7 580
Urée :	20 gr. 47	6 550
Acide urique :	0 gr. 687	0 220
Acide phosphorique $P^2 O^5$	1 gr. 030	0 329
Chlore :	22 gr. 25	7 220

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : néant.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Cristaux d'acide urique et d'óxalate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

L'urée et les chlorures ont augmenté par litre mais diminués par 24 heures.

3° Kræ... a été mise en traitement du 18 janvier au 31 mai, puis du 1er au 31 juillet 1896, etc.

Urine *du* 2-3 *novembre* 1895. (1re analyse, avant tout traitement.)

Volume: 530 cm³.
Aspect: louche avec dépôt blanc, léger, floconneux.
Couleur: jaune pâle.
Odeur: forte et repoussante.
Réaction: très légèrement acide.
Densité à 15°: 1016.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec à 75° :	31 gr. 6	16.748
Cendres:	13 gr. 92	7.377
Urée:	16 gr. 10	8.533
Acide urique:	0 gr. 110	0.058
Acide phosphorique P^2O^5 :	1 gr. 28	0.678
Chlore (en chlorure de sodium):	12 gr. 05	6.386

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : en très notable proportion.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Dépôt constitué par des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien et par des granulations de phosphate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Cette urine semble indiquer un léger degré de fermentation ammoniacale commençée dans la vessie. A part cela sa composition parait normale.

Urine *du* 3-4 *novembre* 1895 (2e analyse, avant tout traitement).

Volume : 900 cm³.
Aspect : comme le premier jour.
Couleur : —
Odeur : —
Réaction : —
Densité à 15° : 1015.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	par litre	par 24 heures
Résidu sec :	28 gr. 32	25.488
Cendres :	12 gr. 90	11.61

Urée :	13 gr. 15	11.835
Acide urique :	0 gr. 112	0.100
Acide phosphorique : P^2O^5	1 gr. 30	1.170
Chlore (en chlorure de sodium.	11 gr. 44	10.306

Éléments anormaux.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : des traces.

Examen microscopique.

Comme le premier jour.

Observations et conclusions.

Comme le premier jour.

Urine *du* 4-5 *novembre* 1895 (3e analyse, avant tout traitement).

Volume : 470 cm³.
Aspect : comme le premier jour.
Couleur : —
Odeur : —
Réaction : —
Densité à 15° : 1020.

Éléments normaux.

	par litre	par 24 heures
Résidu à 75° :	30 gr. 4	14.288
Cendres :	17 gr. 10	8.037
Urée :	13 gr. 68	6.429
Acide urique :	0 gr. 115	0.054
Acide phosphorique P^2O^5	1 gr. 30	0.611
Chlore (en chlorure de sodium).	15 gr. 90	7.466

Éléments anormaux.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : des traces.

Examen microscopique.

Comme le premier jour.

Observations et conclusions.

Comme le premier jour.

Urine *du* 5-6 *novembre* 1895 (4[e] analyse, avant tout traitement).

Volume : 608 cm^3
Aspect : comme le premier jour.
Couleur : idem.
Odeur : idem.
Réaction : idem.
Densité à 15° : 1022.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	Par litre.	Par 24 heures.
Résidu sec :	32 gr. 28	19.32
Cendres :	14 gr. 35	8.61
Urée :	15 gr. 78	9.468
Acide urique :	0 gr. 11	0.066
Acide phosphorique $P^2 O^5$:	1 gr. 64	0.984
Chlore (en chlorure de sodium)	12 gr. 58	7.548

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : néant.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : en très notable proportion.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Comme le premier jour.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Comme le premier jour.

Urine *du* 18-19 *avril* 1896 (au 90[e] jour du traitement).

Volume : 375 cm^3.
Aspect : trouble, dépôt blanc abondant.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : putride.
Réaction : très légèrement acide.
Densité : 1023.

ÉLÉMENTS NORMAUX.

	Par litre.	Par 24 heures.
Résidu sec :	42 gr. 20	16.20
Cendres :	22 gr. 40	8.40
Urée :	14 gr. 50	5.437
Acide urique :	0 gr. 16	0.060
Acide phosphorique :	1 gr. 60	0.600
Chlore :	16 gr. 25	6.093

ÉLÉMENTS ANORMAUX.

Albumine : traces non dosables.
Glycose : néant.
Pigment biliaire : néant.
Indican : des traces.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.

Toujours des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens et des granulations de phosphate de chaux.

OBSERVATIONS ET CONCLUSIONS.

Cette urine est toujours remarquable par son acidité à peine sensible.

Ces analyses, malgré leur intérêt, sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions. Elles constituent des documents qui pourront être rapprochés d'analyses ultérieures. Notons seulement l'*absence d'albumine*, contrairement à l'opinion de quelques auteurs qui pensent que l'albumine se trouve dans les urines de la plupart des myxœdémateux.

XIV.

De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme ;

PAR BOURNEVILLE (1).

L'an dernier, à la session de Bordeaux de notre *Congrès*, nous vous avons entretenus de l'action de la glande thyroïde chez trois idiots ou imbéciles myxœdémateux (1). Nous avons continué l'emploi de la médication thyroïdienne chez deux de ces malades mêmes, chez deux autres du même groupe et, de plus, sur des idiots ou des imbéciles obèses ou atteints d'un arrêt de développement notable, mais n'atteignant pas le degré de nanisme que vous avez pu observer chez Bébé, le nain du roi Stanislas, que vous avez tous vu au Musée lorrain.

§ I. — IDIOTIE MYXOEDÉMATEUSE.

OBS. I. — Wa... (Augustine), née le 7 décembre 1875 (21 ans). Sa taille est demeurée stationnaire (88 cent.) du mois de mai 1888 au mois de janvier 1895. Sous l'influence d'un *premier traitement* par la glande thyroïde (31 mai-fin septembre 1895), la taille s'est élevée à 92 centim. — Soumise de nouveau à la glande thyroïde, du 6 janvier 1896 au 1er mai, (113 jours; 554 gr. de glande thyroïde), la *taille* est montée de 93 centim. à 96 centim. — Le *poids* est descendu de 21 kg. 200 à 19 kg. 800. — Aucune action sur la *puberté*. [Nouveau traitement du

---

(1) Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes*, session de Nancy, août 1896.

3 octobre 1896 au 31 janvier 1897, soit 59 jours et 56 gr. 75 de glande. La taille qui était de 97 cent. le 1er octobre était de 99 cent. le 31 janvier 1897].

OBS. II. — Gang... (Marie), était âgée de 14 ans quand elle a été mise en traitement à la fin de mai 1895. Sa taille, qui n'avait pas changé depuis son admission en août 1894 (89 cent.), a augmenté de *six centimètres* en *quatre mois* (95 cent.). — Nouveau traitement du 4 janvier au 1er mai 1896 : 75 jours; 36 gr. de glande ; — la *taille* atteint 1m 01 cent. — Le *poids* est descendu de 16 kg. 700 à 14 kg. 300, puis est remonté à 15 kg. 900. — Aucune action sur la *puberté* (organes génitaux, glandes mammaires).

OBS. III. — Bor... (Lucie) est née le 14 décembre 1892. Elle a été en traitement du 18 janvier 1896 au 31 mai, puis du 1er au 31 juillet. Son *poids*, qui était de 8 kg. 600, est descendu à 7 kg. 300 en 20 jours, s'est relevé à 8 kg. 400 en 34 jours, est redescendu à 8 kg., puis est remonté à 8 kg. 100, après 134 jours. Durant la suspension du mois de juin, le poids remonte à 9 kg. 100 et s'abaisse de nouveau d'un kilogramme durant la reprise du traitement en juillet. — B... a pris de la glande thyroïde pendant 75 jours, à la dose d'un demi-lobe, au total 36 gr.

La *taille* était, avant le traitement, de 655 millim. ; elle s'est élevée à 750 millim. ; soit un accroissement de 95 millim. Selon Quetelet, chez les filles, la taille est de 854 millim. à 3 ans — âge de notre malade — et de 3 à 4 ans, l'augmentation est de 61 millim. Bor... en 6 mois a donc gagné plus du double de la croissance naturelle.

[Nouveau traitement du 3 octobre 1896 au 31 janvier. 59 jours et 56 gr. 75 de glande. La taille qui était de 75 cent. le 1er octobre, était de 765 millim. le 31 janv. 1897].

OBS. IV. — Krœ... est née le 15 juillet 1891. Le traitement a été le même : un demi-lobe de glande thyroïde du mouton tous les jours, puis tous les deux jours, en tout 77 jours et 37 gr. de glande.

Le *poids* a offert des oscillations analogues à celles de B... Il s'est abaissé de 12 kg. 500 à 10 kg. 500 et est remonté à 11 kg. 300 (fin juillet).

La *taille* qui était au début de 69 cent. est montée à 77 cent. A l'état physiologique, la taille moyenne à 4 ans, étant de 915 millim. (Quetelet), Kr... avait donc 225 millim. au-dessous de la moyenne. L'accroissement de la taille ayant été de 8 cent. en *six mois*, et l'accroissement moyen normal étant (de 4 à 5 ans) de 5 cent. 9, Kr... a donc grandi plus du double de la croissance naturelle.

[Nouveau traitement du 3 octobre 1896 au 31 janvier 1897. 59 jours de traitement. 56 kg. 75 de glande. La taille s'est élevée de 77 cent. à 79 cent.].

Dans ce groupe des *idiots myxœdémateux*, l'action de l'ingestion de la glande thyroïde sur la *taille* est tout à fait remarquable. Son action sur l'*obésité* est aussi très nette. Toutefois, au bout d'un certain temps, il y a une sorte d'arrêt suivi d'un retour vers l'augmentation du poids.

§ II. — IDIOTS OBÈSES.

OBS. I. — Dri... est née le 16 août 1884.

Du mois de janvier 1894 au mois de juillet 1895 le *poids* s'était élevé de 26 kgr. à 28 kgr. 500 et la taille de 1 m. 07 à 1 m. 08 seulement.

Du 23 juillet au 5 novembre 1895, la malade a ingéré un demi-lobe de glande thyroïde tous les deux jours; puis du 9 octobre au 4 novembre un demi-lobe tous les jours. Voici quelles ont été les modifications de la taille et du poids.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
23 juillet	1 m. 08	29 k.
2 août	»	28 k.
10 »	»	27 k. 700
17 »	1 m. 12	27 k. 500
1er sept.	»	27 k. 500
7 »	»	27 k. 400
14 »	»	27 k. 400
21 »	»	27 k. 200
28 »	1 m. 13	27 k.
5 octobre	»	27 k.
12 »	»	27 k.
19 »	»	27 k.
26 »	»	26 k.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
2 novembre	»	26 k. 350
9 »	»	25 k. 700

A partir de ce jour le traitement a été complètement supprimé.

16 novembre	»	25 k. 700
23 »	»	26 k. 200
30 »	»	26 k. 200
19 décembre	»	27 k. 250
10 janvier 1896	1 m. 14	28 k.

La taille a augmenté de six centimètres en moins de cinq mois. — La circonférence du cou et celle du ventre ont subi les modifications suivantes :

	Cou.	*Abdomen.*
23 juillet	30 cent.	72 cent.
17 août	28 »	69 »
29 septembre	28 »	69 »
12 octobre	28 »	68 »
15 novembre	28 »	65 »
10 janvier 1896	28 »	70 »

Du 23 juillet au 5 novembre 1895 Dri... a pris pendant 68 jours un demi-lobe de glande thyroïde.

Second traitement du 4 janvier au 1er juin 1896 (149 jours; 71 gr. 67 de glande). Le *poids* qui était de 27 kg. 500 est descendu à 23 kg. 500. — La *taille* s'est élevée de 1m 13 à 1m 165.

OBS. II. — Pat... est née le 9 janvier 1881.

Traitement du 4 janvier au 1er juin (130 jours ; 72 gr. de glande). Le *poids* était de 41 kg., il est descendu à 40 kg. (mars), est remonté à 43 kg. 900, et est redescendu à 41 kg. 900. — La *taille* est montée de 1m 36 à 1m 395.

OBS. III. — Thom... est née le 12 avril 1884.

Sa *taille* était montée de septembre 1893 à juillet 1895 de 1m 17 à 1m 20. Le premier traitement, commencé le 5 juillet 1895, a été continué jusqu'au 4 novembre : un demi-lobe tous les deux jours du 5 juillet au 9 octobre, puis un demi-lobe tous les jours jusqu'au 5 novembre, soit 74 jours.

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
5 juillet	1 m. 20	31 k.
12 »	»	30 k. 700

Dates.	*Taille.*	*Poids.*
14 »	»	30 k. 700
27 »	»	30 k. 500
3 août	»	30 k. 200
10 »	»	30 k. 500
17 »	»	30 k. 500
24 »	»	30 k. 500
31 »	»	30 k. 500
7 septembre	»	30 k. 450
14 »	»	30 k. 450
21 »	»	29 k. 500
28 »	»	29 k. 500
5 octobre	»	29 k. 250
12 »	»	29 k. 400
19 »	1 m. 21	29 k. 150
26 »	»	29 k. 200
2 novembre	»	29 k. 500

Le traitement est suspendu le 5 novembre.

9 novembre	1 m. 21	29 k. 450
15 »	1 m. 22	29 k. 500
23 »	»	30 k. 500
30 »	»	30 k. 500
19 décembre	1 m. 23	32 k.
10 janvier 1896	1 m. 235	31 k.

Nous avons vu, d'après le premier tableau, que l'*obésité* avait diminué depuis l'entrée (septembre 1893) jusqu'au mois de juillet 1895, ce qui est peut-être dû à la gymnastique, à l'hydrothérapie et à l'élixir polybromuré. L'ingestion de glande thyroïde a eu d'abord pour effet de diminuer le *poids* de 31 kg. à 29 kg. 150, soit 1 kg. 850; puis dans les 15 derniers jours du traitement le poids a commencé à se relever (29 kg. 500), et l'augmentation est allée en augmentant jusqu'à 31 kg.

Quant à la *taille*, elle s'est accrue de 3 centimètres de septembre 1893 à janvier 1895 et est restée stationnaire depuis cette époque jusqu'au début du second traitement. Sous l'influence de celui-ci, en six mois, la taille a gagné trois centimètres. Le tableau fait voir aussi que la croissance a continué puisque, à la date du

10 janvier de cette année, elle atteignait le chiffre de 1 m. 235 millimètres.

Second traitement du 4 janvier au 1er juin 1896 (87 jours; 42 gr. de glande). — Le *poids* est descendu de 33 kg. à 30 kg. 500 et est remonté à 33 kg. 500. — La *taille* était de 1m 235, elle est montée à 1m 26.

Les résultats ont été à peu près analogues à ceux qu'on avait enregistrés durant le premier traitement.

§ III. IDIOTS ET IMBÉCILES AVEC ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT OU NANISME.

OBS. I. — Carl... est née le 17 avril 1881 (15 ans).

En 1892 sa *taille* croit	d'un	centimètre.	
En 1893	—	de 2	centimètres.
En 1894	—	de 2	—
En 1895	—	de 2	—

Médication thyroïdienne du 4 janvier au 1er juin 1896, soit *cinq mois*, sa *taille* augmente de *trois centimètres*. Reprise du traitement du 1er au 31 juillet : C... gagne un centimètre, au total 4 centim. — Le *poids* est tombé de 30 kg. à 29, puis est remonté à 31 kg. — 135 jours de traitement; 65 gr. de glande.

Tandis que en 1893, 1894 et 1895, la taille ne s'était accrue que de *deux centimètres*, chaque année, pendant les *six premiers mois* de 1896, elle a augmenté de QUATRE CENTIMÈTRES, c'est-à-dire du double en moitié moins de temps.

OBS. II. — Cros... (Georges-Antoine), est né le 19 mars 1873. Traitement du 1er janvier au 31 juillet 1896. — Le *poids*, qui était de 42 kg. 500, est descendu à 41 kg. 700 (juin 1896), après être arrivé à 43 kg. 500 (25 janvier). — La *taille* qui était de 1m 45 s'est élevée seulement à 1m 46. — 182 jours ; 87 gr. de glande. [Second traitement du 1er août au 30 septembre. Capsules de Yvon : 1 pendant 8 jours et 2 le restant du traitement. La taille est restée la même] (*fig.* 37 et 38).

L'accroissement a été très faible dans ce cas. Mais il faut se souvenir que le malade a 23 ans et que depuis le mois de janvier 1893 jusqu'au mois correspondant de 1896, c'est-à-dire pendant TROIS ANS, la taille était demeurée stationnaire (1 m. 45).



Fig. 37.

OBS. III. — Vaill... (Gabriel-Eugène), est né le 2 mars 1880. Traitement du 1er janvier au 31 juillet 1896. — Le *poids* qui était de 32 kg., est descendu à 29 kg., puis est remonté à 37 kg. 900 (fin juillet). — La *taille* qui était à 1m 27 s'est élevée à 1m 29. —

182 jours ; 87 gr. 55 de glande. [Second traitement du 1er août au 31 novembre. Glande fraîche. — Le poids est descendu à 34 k^{os} le 1er octobre. La taille est montée à 1^{m}, 30.]



Fig. 38.

OBS. IV. — Gautr... (Louis), né le 17 septembre 1872. Traitement du 8 février au 30 juin 1896 (Tablettes de glande thyroïde, une pendant 25 jours ; 2 jusqu'à la fin). — 143 jours ; 9 gr. 30 en tabloids Welcome and Burroughs.

Le *poids* qui était de 35 kg. 900, est monté à 37 kg. 500 au bout de 8 jours, puis est redescendu à 35 kg. 400 (21 mai). — La *taille* qui était de 1^{m} 40 s'est élevée à 1^{m} 435. [Second traitement du 1er juillet au 15 août. Tablettes de Flourens et du

30 septembre au 19 novembre, glande fraîche. — La taille est restée la même.]

Obs. V. — Delcam... (Léandre), née le 7 octobre 1873 (Glande thyroïde de mouton). — 150 jours; 72 gr. de glande

Le *poids* qui était de 37 kg. est monté est à 38 kg. 980, puis redescendu à 37 kg. — La *taille* qui était de 1m 425 s'est élevée à 1m 455. [Second traitement du 1er juillet au 30 novembre 1892. Glande fraîche. La taille est montée à 1m 47.]

Obs. VI. — Quêm... (Émile), né le 29 janvier 1878. Traitement 1 tablette pendant 25 jours et 2 jusqu'à la fin, en tout 143 jours et 9 gr. 30 de glande en tabloids.).

Le *poids* qui était de 26 kg. 700, est descendu à 25 kg. 500 (29 mai), il est remonté à 27 kg. 500 (30 juin). — La *taille*, qui était de 1m 32, s'est élevée à 1m 35. [Second traitement du 1er juillet au 30 août. Glande fraîche. La taille est montée à 1m 355.]

Obs. VII. — Sienkew... (Stanislas-Jean), né le 2 juillet 1877). Traitement du 1er janvier 1896 au 30 juin. (Glande thyroïde du mouton). — 182 jours; 88 gr. 50.

Le *poids* qui était de 32 kg. 900 est descendu à 27 kg. 700 du 8 février 1896 au 30 juin. La *taille* qui était de 1m47 s'est élevée à 1m 49.

[Second traitement du 1er juillet au 15 août. Glande fraîche. Du 15 septembre au 10 octobre tablettes de Welcome. La taille est montée à 1m 495.]

Obs. VIII. — Barb..., 18 ans, hystérie et nanisme. — 70 jours de traitement par les capsules de thyroïdine Yvon. — Sa taille stationnaire à 1m 43 du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1896 n'a gagné que *cinq millimètres* durant le traitement.

§ IV. Considérations générales. — Conclusions.

Pour chacun de nos malades, nous avons fait faire les *graphiques* que vous avez devant vous. Les *carrés verts* indiquent les jours où les malades ont pris le médicament; — la *ligne rouge* correspond à la *température*, — la *ligne bleue* au *poids*, — la *ligne jaune* à la *taille*. Ces graphiques résument bien l'action de la glande thyroïde, médicament qu'il importe de surveil-

ler avec le plus grand soin : à ce point de vue la *température* CENTRALE rend d'incontestables services.

La *médication thyroïdienne*, chez les *idiots myxœdémateux*, facilite, rend plus fructueux, d'une façon indubitable le *traitement médico-pédagogique*. Aussi n'hésitons-nous pas à la mettre à contribution comme nous sommes disposé à le faire pour toute autre intervention thérapeutique, médicale ou non, comme nous le ferions pour la *craniectomie* si l'anatomie pathologique et les résultats négatifs de l'opération que nous constatons chez les craniectomisés ne fournissaient des arguments péremptoires contre toute intervention chirurgicale dans l'immense majorité des cas.

Des détails que nous vous avons donnés, des graphiques que vous voyez, ressort, Messieurs, avec une grande netteté, selon nous, l'action de la glande thyroïde sur la *nutrition*, en particulier sur la *croissance* et sur l'*obésité* (1).

(1) Dans nos précédents travaux sur le *myxœdème infantile* depuis les communications que nous avons faites à l'*Association française pour l'Avancement des sciences* en 1889, au *Congrès des aliénistes* de Rouen en 1890, au *Congrès* de Bordeaux (1895), à la *Société de Biologie* (18 janvier 1896), etc., nous avons donné des indications bibliographiques nombreuses. — Voir aussi : Boullenger (F.), *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance*, Th. de Paris, 1896. — Flourens (A.), *Étude sur la médication thyroïdienne*. Bordeaux, 1896. — Schlesinger, *Revue médicale* de Louvain, 1896, p. 493, etc.

XV.

Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie ;

PAR BOURNEVILLE (1).

Dès le début de nos études médicales, le hasard a fait que notre attention a été appelée sérieusement sur l'alcoolisme et toutes les conséquences pathologiques et sociales qui en résultent. Nous avons, en effet, collaboré à cette époque, sur la demande de notre maître Delasiauve, avec son interne, notre excellent confrère, L. Duchesne, son externe, E. Dugès, à la statistique qui figure dans la thèse d'agrégation de Racle sur l'alcoolisme.

Depuis, la recherche de l'alcoolisme, comme agent étiologique, chez les malades adultes et enfants, n'a cessé d'être l'objet de nos préoccupations et nous en avons consigné l'action néfaste dans de très nombreuses observations.

Parmi ces observations, celles qui composent les seize volumes de nos *Comptes rendus* du service des enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, etc., de Bicêtre (1880-1895) fonrnissent des renseignements tout à fait démonstratifs. Toujours nous avons soin de relever l'existence ou l'absence des excès de boisson chez les père et mère et chez les ascendants de nos malades. Toujours, nous nous enquérons des conditions dans lesquelles la conception a eu lieu, s'il y a des probabilités qu'elle s'est effectuée alors que l'un des conjoints était en état d'ivresse, si la mère a fait abus des boissons alcooliques ou des liqueurs fortes durant sa grossesse, enfin si l'on a donné du

(1) Communication à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, séance du 25 novembre 1896.

vin plus que de raison aux enfants qui nous sont amenés.

Aujourd'hui, répondant à l'appel du bureau de notre Société, nous vous adressons une statistique portant sur mille de nos enfants de toute catégorie, entrés de 1880 à 1890. L'alcoolisme a été relevé :

Chez le père de	471	enfants
Chez la mère de.	84	—
Chez le père et la mère de	65	—
Les renseignements font défaut pour	171	—
L'alcolisme n'existait pas chez les parents de.	209	—
Total.	1,000	

Dans 57 cas, la *conception* a eu lieu durant l'*ivresse alcoolique* du père. Dans 24 autres cas, il y a de grandes probabilités qu'il en a été de même, mais non certitude.

Nous poursuivrons cette statistique, en la précisant davantage, pour les enfants entrés de 1891 à la fin de 1896.

Telle qu'elle est, la statistique qui précède met en relief une fois de plus le rôle considérable que joue l'alcoolisme dans la production des enfants dégénérés, idiots, épileptiques, imbéciles moraux, instables et pervers. D'où l'impérieuse nécessité de prendre des mesures énergiques pour entraver le développement de l'alcoolisme.

XVI.

Alcoolisme ; hémiplégie gauche et épilepsie consécutives. Sclérose atrophique ; pachyméningite et méningo-encéphalite ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **RELLAY**

SOMMAIRE. — *Père, rien de particulier. — Arrière-grand-père paternel, excès de boisson. — Grand-oncle paternel, excès de boisson, suicidé. — Cousin bègue. — Mère, rien de particulier. — Oncle maternel bègue. — Renseignements insuffisants sur la famille de la mère.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans.

Enfant normal jusqu'à 4 ans. — Excès alcooliques. — Ivresse complète : convulsions avec perte de connaissance pendant trois jours. — Prédominance des convulsions à gauche. — Hémiplégie gauche consécutive. — Retour partiel des mouvements.

AUTOPSIE. — *Adhérences de la dure-mère au crâne. — Pachyméningite à un degré très prononcé. — Méningo-encéphalite avec épaississement très considérable de la pie-mère, prédominant à droite. — Sclérose atrophique de l'hémisphère droit. — Dégénérations secondaires.*

Pleurésie gauche. — Gangrène partielle du poumon du même côté.

Nar... (Alix-Émile), né le 30 juin 1885 à Pagny-sur-Meuse, est entré à Bicêtre (Service de M. BOURNEVILLE), le 9 mai 1895, et y est mort le 14 décembre 1896. — Le certificat d'admission porte que ce malade « présente des signes très manifestes d'idiotie et d'épilepsie ».

Antécédents héréditaires. — PÈRE, 45 ans, chauffeur mécanicien, bonne santé, ne boit pas, n'a jamais eu de convulsions, ni aucune maladie, syphilis, etc. ; caractère très doux. — [*Famille du père.* — Son *père* et sa *mère* sont morts à un âge

avancé, sans présenter de troubles nerveux ; sobres. — *Grand-père maternel* disparu en 1848 ; il était bien portant, mais faisait beaucoup d'*excès de boisson*. — *Grand'mère maternelle*, morte à 72 ans d'une maladie de cœur ; ni démence, ni paralysie. — *Grand-père paternel*, mort à 89 ans ; dans les dernières années de sa vie, il était « tombé en enfance ». — *Grand'mère paternelle*, morte à 86 ans, avait joui jusqu'alors d'une bonne santé. — Une *tante paternelle*, âgée de 77 ans, est très emportée. — Deux *oncles maternels*, l'un mort à 40 ans, de la variole, l'autre, *alcoolique*, s'est *pendu* à 42 ans. Un *frère* (50 ans), et une *sœur* (52 ans), sobres et bien portants, ainsi que leurs enfants qui n'auraient pas eu de convulsions. — Un *cousin* issu de germain est *bègue*. — Pas d'aliénés, de paralytiques, de difformes, etc., dans le reste de la famille.]

MÈRE, 36 ans, en bonne santé, caractère très calme, ne boit pas ; ni convulsions, ni migraines. — [*Famille de la mère*. *Père*, 58 ans, se porte bien, sobre. — La *mère*, morte à 54 ans, d'une maladie de cœur, était très emportée, sans avoir d'attaques de nerfs. — Pas de renseignements sur les *grands-parents paternels* et *maternels*. — Deux *frères* et deux *sœurs* : l'un d'eux est *bègue* ; leurs enfants n'ont pas eu de convulsions. — Rien à signaler dans le reste de la famille, pas d'idiots ; pas d'aliénés, pas d'épileptiques, *pas d'autres bègues*, etc.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 10 ans (père plus âgé).

Trois *enfants* : Une fille de 13 ans, et une autre de 11 ans ; toutes deux bien portantes, intelligentes, n'ont pas eu de convulsions ; 3° *Notre malade*.

Antécédents personnels. — Les parents étaient en bonne santé au moment de la *conception*. Dans le début de sa *grossesse*, la mère a eu des idées noires parce qu'elle était mécontente d'être de nouveau enceinte. Ni coups, ni syncopes, ni émotions ; elle a bu beaucoup de café. — *Accouchement* naturel, à terme, en deux heures, par le sommet, sans chloroforme. Elle ne peut dire si elle a eu peu ou beaucoup d'eau.

A la naissance, l'enfant avait assez bel aspect, n'offrait aucun signe d'asphyxie. La mère l'a d'abord nourri au sein, puis au biberon (lait de vache et lait de chèvre), parce qu'elle n'avait pas assez de lait. Il a eu sa première dent à un an ; on ne sait à quel âge la première dentition a été complète, mais elle a été retardée. Sevré à 14 mois, l'enfant a commencé à marcher et à être propre à 15 mois, à parler à 18 mois.

C'est à 4 ans, qu'aurait débuté la maladie nerveuse. Avant, il ressemblait aux autres enfants, il fréquentait l'école du village et on le disait très avancé pour son âge. Il ne se plaignait pas de la tête, n'avait ni cauchemars, ni absences, ni secousses, ni vers, n'avait pas fait de chutes, ni reçu de coups sur la tête. Un soir il est pris de vomissements, attribués à une indigestion ; il s'endort et le lendemain au réveil, son père le trouve sans connaissance et froid, la tête aux pieds du lit. *Pendant trois jours, les convulsions ont persisté sans retour de la connaissance ;* elles étaient plus prononcées du *côté gauche.* La bouche était fortement tirée à gauche ; *tout le côté gauche était paralysé.* L'avant-bras était fléchi, le pouce dans la main. Pendant 14 jours, l'enfant n'a pas quitté le lit ; les convulsions reparurent, mais en s'espaçant. Le médecin n'a pas parlé de méningite. Il a pensé que les accidents étaient dus à l'*alcool, car il paraît que l'enfant avait l'habitude de boire les restes des verres des clients, qui venaient boire chez son grand-père, aubergiste,* avec lequel il habitait à cette époque, ainsi que ses parents. On faisait tout pour l'en empêcher, mais il trompait la surveillance. Le jour où il est tombé malade, il avait bu au-delà de toute mesure, le nombre des clients étant plus considérable que d'habitude en raison de la fête du pays.

Aprés ces dix-sept jours de convulsions, l'intelligence avait diminué ; l'enfant ne parlait plus comme auparavant ; il était devenu très irritable, « on ne pouvait plus en venir à bout ». Il répondait aux questions, mais avait perdu l'habitude de questionner.

La *paralysie du côté gauche* s'est peu à peu améliorée ; au bout de 15 mois, l'enfant courait très bien ; mais la jambe gauche est toujours restée plus faible. Qant au bras gauche, il serait toujours resté paralysé ; l'enfant avait de la peine à porter la main sur la tête ; on devait l'habiller et le déshabiller.

A partir du moment où il s'est relevé, il a toujours eu des *accès épileptiques.* Rarement ces accès étaient isolés ; toujours 3 ou 4 accès se montraient dans la même journée, puis il restait sept ou huit jours sans en avoir. Il n'a jamais eu plus de 8 accès en 24 heures. Depuis janvier 1895 jusqu'à son entrée, il aurait eu des accès presque tous les jours. En outre, dès le début de son mal, il aurait été sujet à des *vertiges* et à des *secousses* dans le côté gauche. Dans tous ses accès, et parfois dans ses vertiges, il urinait sous lui.

Au fur et à mesure des progrès de la maladie il devenait plus grossier et plus violent, « il ne pouvait pas supporter

les autres enfants ». Il montait sur les toits et cherchait à s'en aller. On était obligé de l'enfermer et parfois de l'attacher sur une chaise. Durant les dix-huit mois qui ont précédé son entrée, il était à Paris chez ses père et mère. Là aussi on était obligé de l'attacher, sans cela il essayait de se sauver, sans but, sans motif. La parole était devenue difficile : il bégayait par moments. On s'est décidé à le placer à cause de ses fugues.

On ne voit pas d'autre cause de la maladie que l'abus des boissons spiritueuses. Le jour du début des accidents, attribués à une indigestion, *l'enfant était ivre-mort.*

Du 9 au 13 mai, la *température rectale*, prise matin et soir, a oscillé entre 37° et 37°, 4, soit en moyenne 37°, 17.

État actuel. — L'enfant présente un état général satisfaisant. Son facies a une expression peu intelligente, d'ailleurs l'état intellectuel de l'enfant est trés arriéré. Il comprend certaines choses et répond difficilement en articulant avec lenteur.

Le *crâne* a une forme brachycéphale et un volume normal. La bosse pariétale droite est plus saillante que la gauche. — Le visage, de forme arrondie, présente un certain degré d'asymétrie faciale, le côté gauche est moins développé. Pas de troubles oculaires, ni sensoriels.

Le tronc, poitrine, abdomen et bassin et l'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèlent rien de particulier. Les organes génitaux sont bien conformés.

Les *membres du côté droit* sont normaux et jouissent de tous les mouvements.

Les *membres du côté gauche* sont, au contraire, *paralysés*. Le supérieur est absolument impotent, l'enfant est incapable de s'en servir. Le bras est accolé au tronc, l'avant-bras fléchi, la main pendante, la face dorsale en avant. Au membre inférieur la paralysie est incomplète, l'enfant marche, court même, en traînant la jambe. Il n'y a pas de contracture, le réflexe rotulien paraît aboli (?). Les membres du côté gauche offrent un léger arrêt de développement ainsi que cela ressort des mensurations comparatives ci-après (p. 213).

L'enfant se tient assez bien à table, mange avec appétit, sans voracité, mais malproprement, se barbouille le visage et les mains. La mastication s'effectue d'une façon convenable. Pas de vomissements ; selles régulières, volontaires. Il ne gâte jamais dans le jour, mais, toutes les nuits, il urine au lit.

N.. est assez long à s'endormir, puis dort tranquillement.

Il ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller, ni se laver. Ni tics, ni céphalalgie, ni grincements de dents, ni cognements de tête, ni troubles vaso-moteurs, ni bave.

Caractère assez doux, sentiments affectifs assez développés. N.. a la manie de se sauver sans cesse dans les jardins. Il ne sait ni lire, ni écrire, ni compter, etc.

La sensibilité générale et la sensibilité spéciale sont conservées. — N.. parle assez bien, en nasonnant toutefois et très lentement. L'attitude est régulière.

Juillet. — La face, le corps, et le pénil sont glabres. — La circonférence de la verge et sa longueur sont de 5 cent. Le prépuce dépasse le gland d'un centimètre, le méat est normal. — Testicules égaux, de la dimension d'un œuf de pierrot.

1896. 5 *janvier.* — T. R. à la période terminale d'un accès 37°, 4 ; — un quart d'heure après 37°, 4 ; — deux heures après 37°, 6.

6 *janvier.* — T. R. à la fin d'un accès T. R. 37°, 5 ; — un quart d'heure après, 37°, 7 ; — deux heures après, 37°, 8.

10-20 *janvier.* — L'enfant est à l'infirmerie parce que, à la suite d'accès, il a de la peine à se tenir sur les jambes et est de plus en plus en déchéance. — Il en sort le 15 février. — Élixir polybromuré, sirop d'iodure de fer.

Avril. — Même traitement ; hydrothérapie.

27 *juin.* — La déchéance s'accentue. L'enfant dort après ses accès et reste anéanti tout le reste de la journée. — L'attitude est devenue moins bonne. Nar... ne peut plus courir, ni sauter ; il gâte souvent, et la parole devient de plus en plus difficile. Il bave fréquemment. On était parvenu à lui apprendre ses lettres, il les a oubliés. La mémoire diminue. — Hydrothérapie, etc.

3 *déc.* — Affaiblissement considérable. État infectieux. A l'auscultation râles humides généralisés, gargouillement à la base du poumon gauche. T. R. 39° le matin et 39°, 8 le soir.

4 *déc.* — T. R. 39° et 39°, 7. — 5 *déc.* T. R. 39°, 6 et 39°, 8 6 *déc.* T. R. 39°, 7 et 39°, 8. — 7 *déc.* T. R. 39°, 7 et 40°, 2. — 8 *déc.* T. R. 39°, 6 et 40°, 2. La situation s'aggrave ; l'état général devient plus mauvais l'enfant maigrit. Les signes à l'auscultation sont les mêmes.

9 *déc.* — T. R. 39°, 8 et 40°, 4. — 10 *déc.* T. R. 40°. — 11 *déc.* T. R. 40°, 4 matin et soir. — 12 *déc.* T. R. 39°, 4 et 40°, 5. — 13 *déc.* T. R. 39° et 40°. — L'enfant meurt le 14 décembre à 3 heures 1/2 du matin (39°, 5).

T.R. 1/4 après la mort	39°
— 1 heure —	37°
— 2 — —	36°
— 5 — —	30°
— 8 — —	25°
— 12 — —	18°
Température de la chambre	18°

Pendant le séjour de Nar... dans le service, les accès ont eu la marche indiquée dans le tableau suivant :

MOIS.	1895.		1896.	
	accès.	vertig.	accès.	vertig.
Janvier	—	—	45	14
Février	—	—	21	15
Mars	—	—	20	9
Avril	—	—	17	»
Mai	1	»	63	3
Juin	6	»	55	1
Juilllet	2	»	12	»
Août	10	»	6	7
Septembre	25	13	18	4
Octobre	31	»	162	23
Novembre	35	4	36	5
Décembre	15	10	—	—
Total	125	27	455	81

MENSURATIONS DE LA TÊTE.	1895.		1896. (après décès)		1896.
	Mai.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Décem
Circonf. horizontale maxima	53	53	53	53	53
Demi-circonf. bi-auriculaire	34.5	34.5	34.5	35	35
Distance de l'articul. occipito-atloïdienne à la racine du nez	36	39	39	37.5	37.5
Diamètre antéro-postérieur maximum	17.6	17.6	17.6	18	18
Diamètre bi-auriculaire	13	13	13	13.5	13.6
— bi-pariétal	15	15	15	15	15
— bi-temporal	11.5	11.5	11.5	12	12
Hauteur médiane du front	4	4	4	4.5	4.5

POIDS ET TAILLE.	1895.		1896. (après décès).		1896.
	Mai.	Juillet.	Janv.	Juillet.	Décem.
Poids	21 kg.	21 kg.	20 kg.	23 kg.	15.800
Taille	1.11	1.11	1.11	1.12	»

MENSURATIONS DES MEMBRES.	1895. Juillet.		1896. Juillet.	
	D.	G.	D.	G.
Membres supérieurs.				
Circonf. au niveau de l'aisselle	14	12	17.5	14
— à 0m au-dessus de l'olécrâne	15.5	14	15.5	14
— à 0m au-dessous —	13	13	13.5	13
— au niveau du poignet	12	10	12	10
— — du métacarpe	14	12	14	12
Distᵉ de l'acromion à l'olécrâne	22	21	22.5	21
— de l'olecrâne à l'apoh. styl. du cubitus	16	16	16.5	16
Distᵉ du cubitus à l'extrémité du médius.	14	12	14	12
Membres inférieurs.				
Circonf. au niveau de l'aine	27	26	27	26
— à 5m au-dessus de la rotule	23	22	23.5	22
— à 5m au-dessous — —	16	13.5	16	15.5
— au niveau du coup de pied	14	14	14.5	14
— à la partie moyenne du pied	17	16.5	17	
Distance de l'épine illiaque antéro-supᵉ à l'interligne articulaire du genou	33	31.3	33	16.5
Distᵉ de l'interl. à la malléole externe.	28	27	28	31.5
— de la malléole externe à l'extrémité du médius	17	16	17.5	27

AUTOPSIE *faite le* 30 *décembre,* à 9 heures 1/2, 30 heures après la mort.

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre. — Les *os* sont très durs, surtout au niveau du frontal. Leur épaisseur, sur la coupe, varie de 5 à 8 mm. — L'*apophyse crista-galli* est triangulaire, à bords mousses. — Les différentes fosses de la base du crâne paraissent symétriques et le trou occipital normal. — La *glande pituitaire* est plutôt petite. — Les *sutures* persistent sur les deux faces et sont très dentelées sur la face externe. Au-dessus et tout le long de la suture

pariéto-occipitale du côté droit se succèdent six os wormiens contigus. Le plus volumineux siège au niveau de l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit. Il mesure 25 mm. sur 30 mm. A gauche, il n'y a que trois os wormiens allongés, immédiatement en dehors de l'angle supérieur et postérieur de l'occipital. — L'*os frontal* est fuyant et, au-dessus de sa partie moyenne, on note une dépression très prononcée répondant aux angles antérieurs et supérieurs des pariétaux. — Les bosses pariétales sont proéminentes. — On observe des deux côtés une dépression des pariétaux au-dessus du tiers interne de chacune des sutures pariéto-occipitales.

La *dure-mère*, épaisse, sans fausses membranes, offre de nombreuses adhérences au crâne. — La *pie-mère* se présente non pas sous son aspect habituel, mais avec l'apparence de la dure-mère tellement elle est épaissie, et cela presque sur toute l'étendue des deux hémisphères. Sauf sur la face interne des lobes temporal et occipital droits et sur la région pariétale gauche où il existe une injection ecchymotique, la pie-mère a une couleur blanchâtre. Lisse à sa face externe, elle est rugueuse en maints endroits de sa face interne. Les deux lobes frontaux sont accolés dans leur moitié postérieure. Il en est de même des lèvres de la scissure de Sylvius. — Les *nerfs olfactifs*, les *nerfs* et les *bandelettes optiques* sont égaux. — Le *tubercule mamillaire*, le *pédoncule cérébral* droits sont plus petits qu'à gauche. La moitié correspondante de la *protubérance* est moins bombée que la gauche. — La *pyramide antérieure* droite est plus petite que la gauche. — Les *olives* sont égales. — Le *liquide céphalo-rachidien* est en quantité ordinaire.

Encéphale	1010 gr.
Hémisphère cérébral droit	310 —
— — gauche	572 —
Cervelet et isthme	130 —
Hémisphère cérébelleux droit	63 —
— — gauche	52 —
Bulbe et protubérance	15 —
Mœlle épinière	35 —

Hémisphère droit. — On s'aperçoit de suite qu'il est plus petit dans toutes ses dimensions que le gauche ; la différence, en poids, est de 262 gr. — A la coupe on observe que l'atrophie porte surtout sur la substance corticale dont l'épaisseur est très-réduite. La scissure de Sylvius est très-développée : les deux lobes temporal et pariétal qui en forment les deux lèvres présentent un écartement très-marqué de telle sorte que le lobe de l'insula est à découvert (Pl. VII). Le sillon de

Rolando est moins marqué. — Les circonvolutions de la zone rolandique sont les plus atrophiées; elles présentent un aspect vermiforme. — Les circonvolutions du lobe temporal et le lobule pariétal inférieur sont relativement les mieux développées. — A la surface de cet hémisphère on observe des foyers de *sclérose* lobulaire atrophique et des lésions de *méningo-encéphalite* disséminées d'une façon irrégulière. La sclérose porte surtout sur le lobule paracentral, sur le lobe frontal, sur FA et PA; la méningo-encéphalite atteint le lobule pariétal supérieur, la pariétale ascendante et T^2, mais elle est principalement accusée à la région du pli courbe où la substance corticale présente l'aspect d'une vraie bouillie. A la face interne la méningo-encéphalite porte sur la circonvolution du corps calleux. — Le *ventricule latéral* n'est pas dilaté. — Les *masses centrales* ont leur aspect naturel mais sont moins volumineuses qu'à gauche.

Hémisphère gauche. — Cet hémisphère est bien développé; ses circonvolutions sont bien dessinées et volumineuses. A la coupe, la substance grise présente son épaisseur normale et la substance blanche est également bien développée. Cet hémisphère offre des lésions de méningo-encéphalite encore plus étendues qu'à droite, presque généralisées; toutefois, elles sont moins profondes et n'intéressent que la couche superficielle de la substance grise sans la détruire, comme cela existe à droite. Ces lésions portent surtout sur les circonvolutions rolandiques et sur le lobule pariétal inférieur. La scissure de Sylvius est profonde et a son aspect normal, de sorte qu'il faut écarter ses lèvres pour voir le lobule de l'insula (PL. VIII). — Le *ventricule latéral* est sain. — La *couche optique* et le *corps strié* sont bien développés.

Cou. — Le *corps thyroïde* est petit. Pas de traces de *thymus.* — *Larynx* normal.

Thorax. — La cavité pleurale gauche renferme une quantité considérable d'un liquide louche, extrêmement fétide. — La base du *poumon gauche* est le siège d'une vaste *excavation* dont le contenu et les parois exhalent une odeur gangréneuse très nette (265 gr.). — Rien dans la cavité pleurale droite. Le poumon de ce côté (260 gr.) présente simplement de la congestion à la base. — *Cœur,* aucune lésion (160 gr.).

Abdomen. — *Foie* (820 gr.); pas de calculs. — *Rate* (70 gr.); — *Pancréas* (30 gr.); *rein* droit (80 gr.), rein gauche (85 gr.);

capsules surrénales, normaux ; — *vessie*, pas de calculs, *estomac*, *intestins*, rien de particulier.

Réflexions. — I. Au point de vue de l'*hérédité*, nous avons à noter du côté paternel des *excès alcooliques* chez un arrière grand-père et un grand oncle, qui s'est *suicidé* et du *bégaiement* chez un cousin; — du côté maternel, un oncle *bègue*.

Dans les *antécédents personnels* de l'enfant, nous n'avons aucun accident à relever jusqu'à l'époque où l'enfant, placé dans des conditions particulières, a contracté l'habitude de boire. Cette habitude existait déjà depuis quelque temps lorsque, à l'occasion de la fête du village, il a bu jusqu'à l'ivresse la plus complète. C'est donc à l'alcool qu'il faut attribuer l'*état de mal convulsif*.

II. Les *accidents aigus* observés chez cet enfant paraissent s'être développés sur un état alcoolique antérieur, — *alcoolisme chronique*. Chez un adulte, en pareille circonstance, on aurait vu probablement se produire l'ensemble symptomatique qui caractérise le *delirium tremens*. Chez l'enfant, et nous en avons rapporté d'autres exemples, c'est plutôt par des convulsions que se manifeste l'action de l'alcool. L'état de mal convulsif qui a duré trois jours, dans le cas actuel, expliquerait la *sclérose atrophique* (encéphalite) avec *arrêt de développement de tout l'hémisphère droit*, atrophie du tubercule mamillaire, du pédoncule cérébral, de la pyramide antérieure, de la moitié de la protubérance, etc., du même côté, et *atrophie croisée* de l'*hémisphère cérébral droit* et de l'*hémisphère cérébelleux gauche*. (Pl. VII). Les convulsions intermittentes, et les symptômes concomitants sur lesquels nous manquons de détails précis et qui ont porté sur 14 jours, se seraient traduits par la *pachyméningite* et la *méningo-encéphalite*. Celle-ci,

à son tour, rendrait compte des *accès épileptiques* et de la *démence*.

III. Dans notre service, ce sont les *suites cérébrales* de l'alcoolisme que nous observons. Mais l'alcoolisme chez l'enfant de même que chez l'adulte peut porter son action nocive sur les autres organes. M. Lancereaux, dans une intéressante communication à l'Académie de médecine (1), a consigné l'observation de deux fillettes, âgées l'une de 13 ans et demi, l'autre de 14 ans, atteintes de *cirrhose alcoolique* du *foie*. Tout récemment, M. Marfan a fait une bonne leçon clinique sur un *Cas de cirrhose alcoolique chez une fillette de 4 ans* (2), à laquelle, depuis l'âge de 15 mois, on faisait ingurgiter des liqueurs, du vin, des grogs, etc. Ces faits s'ajoutent à ceux qui ont été rapportés par Tœdten et Wilks, relatifs aussi à la *cirrhose alcoolique* des enfants.

Dans un mémoire intéressant de MM. A. Gilbert et L. Fournier : *La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique chez les enfants* (3), basé sur sept observations, l'alcoolisme n'aurait joué aucun rôle. Les auteurs insistent sur l'*arrêt de la croissance*, relevé ultérieurement par M. Lancereaux. Le volume LIIdes *Guy's Hospital Reports* contient un mémoire important de M. Fr. Taylor (4), reposant sur trois cas où l'alcoolisme aurait été également absent.

IV. Nous avons vu que la *température rectale* moyenne de l'enfant d'après les températures prises matin et soir pendant 5 jours, était à peine de 37°, 2. Cette constatation préalable permettait de se rendre un compte plus précis des *modifications produites*

---

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd*, séance du 13 oct. 1896.
(2) *Bulletin méd.* du 20 janv. 1897.
(3) *Cases of cirrhosis of the liver in children ; with some remarks on Cirrhosis.*
(4) *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, juillet 1895, t. XIII, p. 309.

sur la température par les accès. Les notations thermométriques enregistrées, le 5 et le 6 janvier 1896, ont mis en évidence l'*augmentation de la température* sous l'influence des accès : ce qui confirme tout ce que nous avons dit, appuyé sur les faits, depuis 1869.

V. Puisque nous relevons ce qui a trait à la température, répétons que nous avons ici encore une nouvelle démonstration en faveur de l'emploi du *thermomètre* comme moyen de s'assurer de la *réalité de la mort.* La température terminale, qui était de 39°, 5, est descendue en 12 heures à 18°, température de la salle où était déposé le cadavre.

XVII.

Alcoolisme : instabilité mentale, crises hystériformes, guérison ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **J. BOYER** (1).

L'*alcoolisme infantile* ne se traduit pas toujours par des accidents et des lésions aussi graves que ceux qui ont été consignés dans l'observation qui précède et dans une autre que nous avons publiée dans le *Compte-rendu* de notre service pour l'année 1886 sous ce titre : *Alcoolisme chez un enfant de 4 ans* ; *démence et épilepsie symptomatiques de méningo-encéphalite* (2). Il est des cas où les effets de l'alcoolisme déterminent seulement des accès d'excitation, des crises hystériformes, une vive irritabilité du caractère et des troubles passagers de l'intelligence. Tel est, entre autres, le cas suivant.

SOMMAIRE. — *Renseignements insuffisants sur la famille paternelle. — Mère migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de cinq ans. — Émotion vive au septième mois de la grossesse avec perte de connaissance. — Marche complète seulement à trois ans. — Strabisme, opération. — Syndactylie partielle. — A dix ans, influenza, otite suppurée, trépanation. — A douze ans, modification du caractère, violents accès de colère, céphalalgies, vanité exagérée. — Excès de boisson. — Crises hystériformes fréquentes. — Description du malade à treize ans. — Traitement médico-*

---

(1) Cette observation a été publiée dans les *Archives de Neurologie*, 1896, p.

(2) *Compte rendu pour* 1886, p. 142-153.

pédagogique. — Disparition des crises et de l'irritabilité nerveuse. — Amélioration progressive de l'état moral. — Guérison.

Camille X. C..., né à Paris en 1880, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 9 avril 1893.

Antécédents (*Renseignements fournis par le père et la mère, en mai* 1893.) — *Père,* quarante ans, bien portant, grand et fort, marchand de vins en gros. Aucun renseignement précis sur sa famille. Il n'y aurait eu, toutefois, ni aliénés, ni nerveux, ni apoplectiques, ni paralytiques, ni difformes dans sa famille

Mère, trente-cinq ans, bien portante, grande, forte, lymphatique, grosse, pas de convulsions de l'enfance, *nerveuse*. facile à contrarier. *Migraines* accompagnées de vomissements avant ou après les règles : étourdissements, troubles de la vue : « Je vois double, comme du brouillard, quelquefois des flammes, un jour ou deux avant mes époques. » Pas d'attaques de nerfs. Pertes de connaissance de treize à quatorze ans. Réglée à douze ans et demi. — [*Famille de la mère.* — *Père*, bien portant, cultivateur, sobre. — *Mère*, douleurs dans les jambes, pas de migraines. Aucun cas de démence ou de paralysie, etc.] — Pas de consanguinité ; inégalité d'âge de cinq ans.

Deux *enfants* : 1° notre malade ; 2° garçon de quatre ans, bien venant, pas de convulsions, intelligent.

Notre malade. — Conception au dix-huitième mois du mariage ; entente complète, pas de chagrins. — *Grossesse* assez bonne, ni chute, ni coups ; émotion au septième mois : la mère a eu une discussion avec une femme qui l'avait insultée ; *syncope* consécutive de quinze minutes, puis, douleurs abdominales qui ont fait croire que l'accouchement allait avoir lieu. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, assez long, les grandes douleurs ont duré douze heures. — A la *naissance,* pas d'asphyxie, bel enfant ; à un mois, il pesait 9 kilogrammes. — Elevé au sein par sa mère, sevré à quatorze mois, marche à treize mois, mais n'a bien marché qu'à trois ans, parole de bonne heure, propre à six mois, première dent à quatre mois, dentition complète à dix-huit mois. Rougeole à trois ans ; scarlatine peu après. Pas de variole ; pas d'angine, cependant très « susceptible de la gorge » ; le Dr Reynier aurait conseillé la section des amygdales. Pas de dartres, ni de toux.

L'enfant a été placé dès l'âge de sept ans dans une école publique de la Creuse. A neuf ans, il a été à une école primaire de Paris. On en était très content. Il a eu son certificat d'études à douze ans (1892).

En janvier 1890, influenza. En septembre, refroidissement, *otite suppurée* à gauche; trépané deux fois par M. Ménière en novembre 1890 et en décembre 1892.

Début de la maladie actuelle en décembre 1892. L'enfant avait toujours eu un caractère difficile, hautain et désobéissant. A cette époque, il devient violent et emporté, n'en fait qu'à sa tête, se moque de sa mère, la menace. Depuis le mois de janvier 1893, *accès de colère* à la moindre contrariété; frappe du pied, renverse les chaises. Il veut une bicyclette, son père refuse, il se sauve et va en louer une.

En février, *première crise nerveuse* : l'enfant était en train de déjeuner, il s'est trouvé mal, sans motif, sans contrariété; il est tombé de sa chaise, son corps était « mou »; il a repris connaissance au bout de dix minutes et a pleuré abondamment en revenant à lui. Trois jours après, deuxième crise, même aspect, on venait de lui reprocher sa mauvaise tenue à table. Depuis, crises fréquentes, sans pertes de connaissance ; ce sont plutôt des accès de colère : il se roule par terre, se cogne la tête, se tire les cheveux; cela lui arrive tous les jours ; c'est toujours après une contrariété. Depuis le mois de février, *céphalalgies;* pas de vertiges, parfois ; face un peu congestionnée.

Idées de grandeur, ne veut pas travailler : « Je ne suis pas né pour cela, » ne cesse-t-il de répéter. Il ne veut même pas débarrasser la table, après les repas. *Onanisme* depuis l'âge de cinq ou six ans.

Les parents ne savent à quoi attribuer la maladie, ils s'accusent l'un et l'autre de l'avoir trop gâté. Ils pensent qu'il a dû boire en cachette dans le débit de vins qu'ils tiennent. Du reste l'enfant nous l'a avoué lui-même plus tard. « Le matin surtout, et quelquefois dans la journée, nous a-t-il dit, quand j'avais soif, je prenais au comptoir de ma mère un bon verre de vin blanc, et quand il me fallait entamer une bouteille, je la vidais pour que mes parents ne s'en aperçoivent pas. » Une fois, en dînant chez des amis, il s'est grisé avec du cidre, il se roulait par terre et ne voulait pas se coucher. — Aucun enfant de la famille ne lui ressemble.

État du malade à son entrée le 9 *avril* 1893 *à l'Institut médico-pédagogique.* — a) *État physique.* — Physionomie

intelligente et malicieuse ; les yeux sont vifs, mais jamais complètement ouverts, paupières en accent circonflexe ; lorsque l'enfant rit aux éclats, ce qui lui arrive souvent, les yeux sont presque entièrement fermés. L'œil gauche est plus fermé que le droit. L'enfant a subi une opération sur l'œil gauche parce qu'il *louchait*. L'iris est marron foncé. Les cils sont noirs et courts, les sourcils clairsemés et blonds avec une forte solution de continuité ; les cheveux châtain clair, abondants, assez fins. Peau satinée, teint mat ; visage rond, joues pleines, légèrement rosées. Léger affaissement dans l'habitude générale du corps. La tête est un peu rejetée en arrière, le tronc arqué, les bras pendants, les jambes molles. *Légère palmature* entre les deuxième et troisième orteils des deux pieds qui sont creux. A la main gauche, cicatrice consécutive probablement à un abcès scrofuleux. Poitrine et tronc bien conformés. Cicatrice en dehors de l'olécrâne gauche, cicatrice de vésicatoire sur la partie moyenne du bras gauche. Derrière l'oreille gauche, cicatrice se terminant en infundibulum. La peau est fine, sensible aux contusions. Les oreilles sont bien faites, la gauche coule toujours.

Puberté : visage glabre ainsi que les aisselles, le tronc et les membres. Rien au pénil ni aux bourses qui sont pendantes, plus à gauche qu'à droite. Testicules égaux, de la grosseur d'une noix moyenne. Tendance au varicocèle à gauche. Prépuce un peu long. Méat normal, un peu dirigé en bas, légère adhérence à la base du gland en haut.

b) État physiologique. — Un peu apathique, se fatigue vite, aime à changer d'occupation, est capable de montrer de l'activité, mais pour un moment seulement. Quand il marche, il fléchit sur ses jambes, et prend le bras de la personne qui l'accompagne. — Très irritable, un rien l'agace et l'énerve. — Parle haut et fort, bavarde sans cesse. — Très sensible au froid. — Pas de mouvements spasmodiques. — Les mouvements volontaires s'accomplissent normalement. — Les organes des *sens* ne présentent rien de particulier, sinon la vue qui est faible ; myopie accentuée. — Fonctions respiratoires, circulatoires et digestives, rien de particulier. Tendance à la constipation. — Sommeil bon ; pas de cauchemars.

c) État psychologique. — L'intelligence paraît être normalement développée. L'attention et la réflexion sont possibles. L'enfant arrive à résoudre des problèmes assez compliqués. Dans sa conversation, on sent qu'il raisonne assez bien pour son âge, ne dit jamais de naïvetés et fait preuve souvent de



beaucoup de logique dans ses déductions. A l'entendre causer, on constate qu'il a lu beaucoup de romans-feuilletons, a fréquenté le théâtre, aimait les drames, nous dit-il. — Se fait une idée juste de ce qui l'environne, a du reste uns instruction élémentaire convenable. Pèche plus par étourderie que par ignorance. — Imagination peu vive. — Préfère le calcul à toute autre occupation scolaire. — En résumé, au point de vue du développement intellectuel, l'enfant a les apparences d'un enfant normal.

d) État instinctif et moral. — Camille a l'instinct de la conservation personnelle très développé. Peureux, il n'irait pas seul dans un appartement, même dans la journée, et cependant si l'on n'y veillait, il se livrerait à toutes sortes d'exercices dangereux. — Peu d'ordre dans ses affaires, il faut lui dire à chaque instant de ranger ce dont il vient de se servir. — Aime à dire que telle ou telle chose lui appartient, n'est pas égoïste. — Foncièrement indépendant et indiscipliné. Ne fera telle ou telle chose que parce qu'elle lui a été défendue. Si on lui résiste, se met à crier, à frapper du pied et à se rouler par terre ; affecte de ne pas faire comme les autres, mauvaise tenue en classe, à table où il se couche à moitié près de son assiette. Siffle continuellement. — Très vaniteux, dans les discussions tranche en maître. Sait et connait tout. Très fat. — N'a de respect pour qui que ce soit. Il faut prendre beaucoup de ménagements pour lui parler. Aime qu'on s'occupe de lui. Sentiments affectifs exagérés ; souvent importun par ses câlineries qu'il prodigue à la personne dont il veut obtenir quelque chose. — Très osé, se rend vite familier. — Paraît avoir la notion du bien et du mal, il lui arrive de morigéner ses camarades. — Volonté active et énergique ; quand on veut la contrecarrer, crises de colère. — Aime la société. — Tendance à l'onanisme. Yeux cernés au réveil. Instinct génésique précocement développé.

TRAITEMENT. — Bain d'un quart d'heure tous les huit jours, douche complète en jet en éventail (30 secondes) tous les jours, gymnastique et travaux manuels, travail intellectuel à heure fixe, traitement moral. — Injections auriculaires à l'eau boriquée tiède.

1893. *Avril.* — Le jour de son entrée à l'Institut médico-pédagogique, Camille C... a eu une violente *crise de colère* accompagnée de mouvements convulsifs. Ses parents durent le quitter à l'improviste. Dès qu'il s'en aperçoit, Camille se met à pousser de véritables hurlements : il se jette à terre en

donnant des coups de pied et des coups de poing. On ne peut l'approcher. Par moments son corps se raidit et paraît agité de mouvements convulsifs. Il ne s'arrête pas de crier. Grossièretés obscènes à l'adresse des personnes qui sont près de lui.

Nous faisons semblant de ne pas nous occuper de lui, nous le plaçons sur une pelouse et nous nous éloignons en le surveillant. Pendant une heure et quart, Camille C... n'a cessé de crier, de pleurer et de se rouler en projetant les pieds et les poings de tous côtés. La face est congestionnée, les oreilles sont pourpres. Il ne s'arrêta que lorsque ses forces furent à bout. Il resta un quart d'heure immobile, il paraissait essoufflé. Nous nous approchâmes de lui en l'invitant à se lever, il nous écouta, se leva et nous suivit. Il resta une heure sans paraitre faire attention à ce que nous lui disions. Il se mit à table, mangea modérément. La nuit fut bonne, le lendemain il était habitué à son nouveau genre de vie. Il fut aussitôt soumis à un travail régulier.

Mai. — Même traitement. Nous constatons déjà une sérieuse amélioration. Camille travaille à heure fixe, il s'occupe au jardinage et à des travaux de terrassement. Il a fallu insister beaucoup pour l'entrainer. S'y est mis au bout de deux semaines. Se rend utile. Fait lire de petits camarades plus jeunes que lui. A eu cependant une petite crise de colère le 17, parce qu'on ne voulait pas lui prêter un outil dangereux. Camille a frappé du pied, crié et pleuré, mais comme on ne fit pas attention à lui, il s'est calmé lui-même, et est venu faire des excuses. Durée vingt minutes. — Le 21 mai, l'enfant va passer chez lui les fêtes de la Pentecôte. Il rentre sans difficulté le 24. Ses parents sont très heureux de l'amélioration obtenue. — Durant ce mois, l'écoulement de l'oreille gauche a persisté, mais les douleurs que l'enfant éprouvait paraissent avoir disparu.

Juin. — Même traitement : les injections auriculaires à l'eau boriquée, sont remplacées par des injections d'une solution de sublimé. — Le mois de juin a été bon. Une crise de colère le 15, qui n'a pas duré cinq minutes. — L'amélioration s'est accentuée. L'enfant est docile aux ordres qu'on lui donne. Sa tenue est moins négligée. A table, il ne s'accoude plus. *Ne fait rien sans demander la permission.* Fait preuve de persévérance dans son travail. Ne laisse plus un travail inachevé. Beaucoup plus sociable, joue sans se disputer avec des camarades plus jeunes que lui. L'enfant ne paraît plus avoir de migraines. L'écoulement de l'oreille gauche est beaucoup moins abondant.

Juillet. — Même traitement. L'enfant est de plus en plus tranquillle. — Au 14 juillet, ses parents le font sortir une seconde fois. Ils en sont tellement contents qu'ils décident, un peu prématurément peut-être, de le reprendre à la fin du mois. — Nous avons eu l'occasion de revoir Camille C... à trois reprises différentes depuis son départ de l'*Institut médico-pédagogique*. Toutes les fois les parents nous en ont fait des éloges. En nous quittant il a été passer deux mois à la campagne et, en 1893, il est entré comme interne au collège de Sens, où il est encore en ce moment. Il est en quatrième moderne, et dans une classe de vingt-quatre élèves, il occupe le huitième rang. Nous avons pu lire ses bulletins trimestriels, ils fournissent tous sur le travail de Camille de bonnes notes, et ne se plaignent en rien de sa conduite (janvier 1896).

Les accidents observés chez cet enfant consistaient beaucoup plus en troubles moraux, qu'en troubles intellectuels. L'irritabilité croissante du caractère, les accès de colère et les crises nerveuses nous paraissent devoir être rattachés à l'alcoolisme. Grâce à l'isolement qui a supprimé les excès de boisson, à l'hydrothérapie et au traitement moral, nous avons obtenu une assez prompte guérison. Deux ans et demi se sont écoulés depuis, et il n'y a pas eu de rechute.

Ce malade et le précédent répondent à deux des formes de l'*alcoolisme* dans la première enfance et dans la seconde enfance. Mais, dans la seconde période de l'enfance et dans l'adolescence, on peut observer une troisième forme : la *dipsomanie*. Alors, par accès, on note une *propulsion irrésistible* à boire, surtout des liqueurs fortes, et on voit se dérouler tous les symptômes, se produire tous les actes qui sont le cortège habituel de la dipsomanie chez l'adulte, avec cette différence que, tandis que chez l'adulte, après l'accès de dipsomanie, l'intelligence peut revenir à son degré antérieur, chez l'enfant ou l'adolescent, elle est affaiblie et est compromise si les accidents se multiplient.

XVIII.

Imbécillité ; paraplégie spasmodique ;
(Maladie de Little)

PAR **BOURNEVILLE** ET **RELLAY**.

Les *maladies nerveuses chroniques de l'enfance* — ou remontant à l'enfance — deviennent chaque jour l'objet de travaux intéressants de plus en plus nombreux. Nous n'avons pas cessé depuis longtemps de contribuer à leur étude clinique et anatomo-pathologique en publiant — soit seul, soit en collaboration avec nos internes — des exemples de presque toutes les affections cérébrales de l'enfance. Les affections paralytiques et spasmodiques y occupent une large place : 1° *diplégies*, dues à des lésions symétriques, foyers anciens de ramollissement ou d'hémorragie *(pseudo-porencéphalie)*, méningo encéphalite, sclérose atrophique et hypertrophique, hydrocéphalie, porencéphalie vraie, etc. ; — 2° *Rigidité spasmodique*, sous forme diplégique ou paraplégique ; — 3° *Athétose double ;* — 4° *chorée* généralisée ; — 5° *hémiplégie* avec contracture permanente, accompagnée ou nom d'exacerbation spasmodique, compliquée d'arrêt de développement, d'hémichorée, d'athétose, d'épilepsie, etc. Ces travaux qui ont paru dans le *Progrès médical,* dans les *Archives de neurologie*, dans des thèses inaugurales de nos élèves et dans les *Comptes-rendus* annuels de Bicêtre de 1880 à 1897, n'ont pas toujours eu l'honneur d'appeler l'attention. Peut-être l'avenir leur réserve-t-il

un sort meilleur. Nous poursuivrons l'œuvre commencée, en rapportant successivement de nouvelles observations qui, comme la suivante, exemple typique de *paraplégie spasmodique infantile*, nous paraissent offrir un réel intérêt.

SOMMAIRE. — *Père, céphalalgies. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grand'mère paternelle, hémiplégie droite. Un oncle paternel, mort d'apoplexie. — Un autre mort d'un cancer de l'estomac.*

Mère, très nerveuse, peurs durant l'enfance, céphalalgies, hémiplégie transitoire. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort de tuberculose. Oncle maternel, ivrogne. — Cousine germaine, crises nerveuses. — Trois petits cousins, morts de convulsions. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans. — Cinq frères ou sœurs morts de convulsions.

Pertes prolongées durant la grossesse. — Pas d'asphyxie à la naissance. — Constatation de l'arrêt de l'intelligence à onze mois. — Impossibilité de la station debout à 2 ans et demi, attribuée à un mal de Pott, qui n'a jamais existé. — Membres inférieurs ratatinés sur le tronc, contracturés. — Marche à 6 ans et demi, les jambes fléchies. — Développement de la parole au même âge. — Rougeole à 3 ans.

Description du malade en 1886 et en 1896. — Développement physique : poids, taille, tête, membres, puberté. — Amélioration intellectuelle très limitée ; amélioration physique. — Maladies intercurrentes de 1886 à 1896.

Lépi.. (Eugène), né à Paris le 18 octobre 1875, a été admis le 17 avril 1886 à Bicêtre.

Antécédents héréditaires. — *Père,* 55 ans, menuisier, sobre, sujet à des céphalagies et à des bronchites avec hémoptysie ; a eu un rhumatisme articulaire aigu. Pas de syphilis. Caractère assez calme. — [*Famille du père.* — Son *père,* qui faisait de nombreux *excès de boisson,* est mort à 70 ans. — Sa *mère* est morte à 70 ans un an après avoir eu une *hémiplégie droite.* — Aucun détail sur ses grands-parents paternels et maternels (1). —

(1) Sa mère avait 48 ans et son père 45 quand il est né, ce qui explique nous dit-on, pourquoi il n'a pas connu ses grands-parents.

Trois *frères* morts, l'un d'accident, l'autre d'*apoplexie,* l'autre d'un *cancer de l'estomac.* Tous trois étaient sobres. Le second a laissé trois enfants bien portants. Rien de particulier à signaler dans le reste de la famille : ni aliénés, ni difformes, etc, etc.]

Mère, 46 ans, blanchisseuse, sobre, très-nerveuse, sujette pendant plusieurs années, jusqu'à 7 ans à des *peurs* presque tous les soirs. Elle a de fréquents *maux de tête.* A l'âge de 38 ans, durant une grossesse, elle aurait eu une *hémiplégie* du côté gauche, qui aurait disparu au bout de trois mois, six semaines après l'accouchement. Elle n'a jamais eu de crises nerveuses. — [*Famille de la mère.* — Son *père* est mort de *tuberculose* à 57 ans ; il faisait tous les mois des *excès de boisson.* Sa *mère,* morte à 82 ans, avait toujours joui d'une bonne santé. Nul renseignement sur ses grands parents paternels et maternels. — Un *frère* est *ivrogne* (1). — Une *sœur*, en bonne santé, a deux enfants : l'un bien portant, l'autre, fille, âgée aujourd'hui de 30 ans, a eu des *crises nerveuses* de 3 à 15 ans ; elle a eu quatre enfants, dont trois paraissent être morts de *convulsions.* — Rien à noter dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 9 ans (père plus âgé). — 14 *enfants*, dont cinq survivants. Cinq d'entre eux sont morts de *convulsions*. Ceux qui survivent sont intelligents et bien portants. (3 garçons, 2 filles ; l'une de celles-ci a une fille de 19 ans, qui n'a pas eu de convulsions).

Antécédents personnels. — *Notre malade* (le 13e). — Au moment de la *conception,* les parents étaient en bonne santé. Dans le courant du cinquième mois de la *grossesse*, la mère a eu, sans cause connue, une forte perte qui a duré deux semaines (2). Ni traumatisme, ni émotion, ni alcoolisme, etc. — *Accouchement* à terme, naturel (3). — *A la naissance*, l'enfant avait bel aspect (4) et n'a pas présenté d'asphyxie. Elevé au sein en nourrice (5), à son retour, à onze mois, il était très maigre, « sec comme un morceau de bois » et ne semblait pas intelligent.

(1) Il est mort en 1896, épuisé par des excès de boisson. Il a un fils en bonne santé (37 ans), sobre.

(2) Elle a perdu non seulement du sang liquide mais de gros caillots et son médecin aurait dit qu'elle avait rendu un « faux germe » ; c'était vers le 4e mois. (Note de 1896).

(3) Présentation de la tête ; a rendu peu d'eau à toutes ses couches, chaque fois il a fallu percer la poche. (Note de 1896).

(4) « J'ai toujours eu, dit la mère, de très beaux enfants, très gros. Il était aussi beau que les autres. »

(5) Elle ne sait pas si les jambes étaient raides et si les genoux se collaient à la naissance.

La mère le conduisit aux Enfants-Malades où on lui dit qu'il était « rachitique ». Elle le garda cinq semaines et, durant ce temps, constata que son enfant était tout ratatiné, que ses jambes pouvaient être allongées, mais se « remontaient elles-mêmes » dès qu'on ne les tenait plus et qu'il avait une constipation opiniâtre. Lorsqu'il fut amélioré, elle le conduisit à l'Institution des Sourds-Muets où on lui déclara qu'il n'était ni sourd, ni muet. « Quand on lui parlait, il vous regardait comme un insensé. » Elle le plaça à la campagne chez une autre nourrice qui en eut bien soin. Elle le reprit à 2 ans et demi.

C'était alors un bel enfant, mais *il ne pouvait pas se tenir sur ses jambes* et, lorsqu'on essayait, « il poussait des cris de feu ». Placé aux Enfants-Malades, il fut considéré comme atteint de mal de Pott (?). Il y resta cinq mois, puis sa mère le reprit parce qu'il était redevenu très maigre et le garda, tantôt couché au lit, tantôt assis. On essayait de temps en temps de le faire marcher, mais il poussait toujours des cris. Ce n'est qu'à 6 ans et demi qu'il commença à marcher en poussant un tabouret devant lui. La *parole* s'est montrée très tard. Ce n'est qu'à 4 ans qu'il a commencé à prononcer quelques mots ; puis de 6 à 7 ans, la parole s'est bien développée. On ne peut préciser la date de l'apparition des premières dents, mais on assure que la dentition a été précoce (1). Tous les autres enfants ont eu leurs dents, ont marché et parlé de bonne heure. La mère affirme qu'on lui a toujours dit que son enfant n'avait pas eu de convulsions, mais elle doute de la véracité de la première nourrice. Il a bavé longtemps, cela ne lui arrive plus que quand il pleure. Il est tout le temps resté avec sa mère ; on n'en voulait pas à l'école. Chez lui, il passait son temps à jouer, surtout à jouer au cheval, à l'aide d'un tréteau et d'un fouet. Il se sauvait souvent dans la rue et aimait aller près des chevaux, voulant les monter ; il a été renversé trois fois dans ses tentatives. Jamais de traumatismes sérieux. Son caractère est doux et affectueux ; il a bon cœur, pleure s'il voit pleurer, et partage ce qu'il a. Il affectionne tous les animaux, surtout les chevaux. Pas de mauvais instincts ; pas d'onanisme. Il n'a été propre qu'à 6 ans et demi, quand il a commencé à marcher ; « Jusque là il était sale de tout. » Il n'a eu, comme maladie infectieuse, qu'une rougeole à 3 ans. — Pas d'accidents scrofuleux, ni syphilitiques. Son intelligence est notablement arriérée. On n'a pas pu lui

---

(1) « Il avait des dents plein la bouche quand il est venu à onze mois. » (Note de 1896).

apprendre ses lettres, ni à compter. Il sait bien s'habiller et se déshabiller, mais est incapable de boutonner, de lacer, etc.; se lave mal; mange assez proprement; se sert bien de la fourchette et de la cuiller, mais pas du couteau. Sa mère prétend que l'enfant aurait eu des *secousses* dans les bras (1), et que jusqu'à près de 10 ans, il balançait le tronc d'avant en arrière et la tête latéralement; il avait les « yeux en l'air. » Les jambes *seraient raides depuis l'âge de 11 mois;* alors elles étaient ratatinées, on ne pouvait que difficilement les allonger et les manœuvres exécutées dans ce but le faisaient pleurer; à 2 ans elles étaient encore « ratatinées ». A 6 ans et demi, il marchait les jambes fléchies, les genoux collés l'un contre l'autre : « il n'a pas d'écartement du tout. » — Elle termine ses renseignements en disant que Lep... se met facilement en colère quand on le contrarie et qu'alors il est grossier.

État actuel (1886). — La *tête* est arrondie, sans déformation; les bosses craniennes sont normales, la protubérance occipitale est proéminente. Le *visage* est ovale, régulier. Le front, d'une hauteur moyenne, est assez large. Les arcades orbitaires sont peu accusées. Les paupières sont bien fendues. Les iris sont gris, les pupilles sont égales; on note un léger strabisme interne (?). La *vision* est normale. — Pas de nystamus (?). — Le *nez* est droit, sa racine est large, comme aplatie; les narines sont obliques et elliptiques. — La *bouche*, toujours béante, est petite; les lèvres et surtout l'inférieure sont épaisses (plus de 25 mm.); celle-ci est renversée. — Voûte palatine un peu profonde. Piliers, luette, amygdales, rien à noter. Les *deux mâchoires* possèdent 12 dents (canines de lait) bien rangées. En bas les incisives sont en éventail sur une ligne transversale. L'articulation est normale. Les gencives sont en bon état. — Le *goût* et l'*odorat* semblent un peu obtus. — *Menton* arrondi. — *Oreilles* égales, longues, bien ourlées, très détachées et écartées du crâne; lobule distinct. *Ouïe* normale.

Le *cou* a une circonférence de 27 cent. à sa partie moyenne.

Le *thorax* est bien conformé; le sternum aplati en haut, bombé à sa partie moyenne, est déprimé à sa partie inférieure; le creux épigastrique continue cette dépression. Le

(1) Les doigts se fléchissaient, les bras s'allongeaient et se portaient brusquement en avant. On ne saurait dire si, en même temps, il y avait perte de connaissance ou vertige.

rebord costal est peu saillant et allongé. La *colonne vertébrale ne présente aucune déviation*, aucune saillie, ce qui écarte l'idée du prétendu *mal de Pott* que l'enfant aurait eu à trois ans (1).

	1886.	1896.
Circonférence au niveau des aisselles, à l'expiration	64.5	92
— — des mamelons...	63	89
— à la base	62.5	73

L'*abdomen* est étroit, déprimé au-dessus de l'ombilic et légèrement convexe au-dessous. — Le *bassin* est rétréci. Les fesses, allongées, peu larges, paraissent normales.

Organes génitaux. — La verge a 5 cent. de longueur et de circonférence. Le scrotum est tout à fait rétracté. *Anorchydie* complète. Le doigt, introduit dans les canaux inguinaux, ne sent pas les testicules. Pénil et anus glabres.

Les *membres supérieurs* sont bien conformés, symétriques, ne présentent pas de paralysie et jouissent de tous leurs mouvements. Toutes les jointures sont souples. L'enfant déclare être plus fort de la main gauche que de la main droite. Au dynamomètre Mathieu on note cependant 10 à gauche, 20 à droite. Sa mère dit que, chez elle, il cassait du bois, portait des objets lourds, mais qu'il était maladroit de ses mains.

Le principal intérêt de ce malade se concentre sur l'état de ses *membres inférieurs*. Dans la station verticale, les divers segments des membres inférieurs présentent une *attitude de demi-flexion* ; le bassin est fléchi sur les cuisses, de sorte que le tronc se trouve incliné en avant. Les cuisses sont fléchies sur les jambes. En outre les deux cuisses sont portées en dedans, au point que les genoux se touchent ; l'*adduction est plus marquée du côté gauche*. Les jambes, au contraire, s'écartent de la ligne médiane, la jambe gauche surtout, aussi le pied gauche est-il fortement porté en dehors. Il en résulte une *attitude demi-accroupie* et une *démarche cagneuse*. L'enfant a de la peine à se tenir debout sans appui ; il marche seul, mais difficilement, les talons ne touchant pas tout à fait

(1) D'après une lettre du directeur de l'hôpital des Enfants-Malades, Lep... aurait été admis dans cet établissement le 5 décembre 1878 et en serait sorti le 27 mars 1879. — Le diagnostic indiqué sur sa feuille était bien Mal de Pott.

le sol (1); il dit être plus solide quand il court, ce qu'il fait lourdement; on craint à chaque instant qu'il ne tombe. Dans la marche, le tronc est animé d'un balancement et le côté gauche est plus gêné que le droit. Les mouvements divers sont assez limités, par suite de la contracture de certains groupes musculaires et de la raideur des diverses jointures. La raideur est légère dans les hanches et les cous-de-pied; elle est très prononcée aux genoux. Quand l'enfant est couché, le genou gauche est plus élevé que le droit, et on ne peut pas appliquer la jambe sur le lit. Sa mère prétend que, à la maison, quand on le couchait, les jambes s'étaient allongées et que, à mesure qu'il s'endormait, elles se ratatinaient petit en petit. On perçoit des craquements dans ce genou. A droite la raideur est moindre, on peut appliquer la jambe sur le lit, et il n'y a pas de craquements. Il y a une légère *syndactylie* des deuxième et troisième orteils des deux côtés (2). Les *réflexes rotuliens* sont rapides et plus prononcés à gauche. Par la flexion des pieds, on obtient une *trépidation épileptoïde* aussi intense des deux côtés. Cette trépidation se produirait spontanément : « C'est selon comme il a posé ses pieds », nous dit sa mère.

Tous ces phénomènes de contracture, d'exagération du réflexe rotulien et le clonus du pied indiquent bien un état d'éréthisme des centres réflexes médullaires, d'où l'état spasmodique (paraplégie spasmodique).

La *sensibilité* au contact, à la douleur, à la température est conservée et la même des deux côtés du corps. D'ailleurs l'enfant n'accuse aucun trouble sensitif d'ordre subjectif; il n'éprouve aucune douleur, n'a jamais d'élancements dans les jambes, etc.

Les *fonctions digestives, respiratoires* et *circulatoires* n'offrent aucun trouble, sauf une *incontinence nocturne d'urine*.

Les *facultés intellectuelles,* ainsi que cela ressort des renseignements fournis par la mère et de l'examen direct, sont très affaiblies et font porter le diagnostic : *imbécillité*.

Cheveux châtain-clair, assez abondants, bien implantés. Le cuir chevelu présente une demi-douzaine de cicatrices consécutives à des plaies dues à des chutes ayant eu lieu avant son entrée. Sourcils bien marqués. Cils bien fournis. Le

---

(1) Il usait ses souliers seulement des bouts et en dedans. (Note de la mère en 1896).

(2) Il n'y a pas d'exemples de cette malformation dans les familles de son père et de sa mère.

visage et le reste du corps sont glabres. *Nœvus* rouge au-dessous du pli du coude et nœvi à la partie supérieure du bras, vers l'aisselle. Taches brunes sur l'omoplate gauche, et sur le bras droit. Cicatrices blanches au niveau de la région lombaire, consécutives probablement à des pointes de feu. Petites adénites cervicales. Peau assez fine, généralement pigmentée.

1887. 18 *janvier*. — Revacciné avec du vaccin de génisse sans succès.

1888. *Février-septembre*. — Plaques de *teigne tondante*.

1889. *Janvier*. — *Embarras gastrique*. — Depuis son entrée, le malade a pris de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer et des bains pendant l'hiver et des douches d'avril à novembre. *Exercices des jointures*. — L'attitude, l'état des membres supérieurs et inférieurs sont les mêmes.

Puberté. — Le visage est glabre ainsi que les aisselles, le tronc et le pénil. Pigmentation assez prononcée de la verge et des bourses. Le testicule gauche, maintenant descendu, est de la grosseur d'une olive. On ne sent pas le testicule droit. Le gland est en partie découvert, le méat normal. La longueur de la verge est de 5 centimètres, sa circonférence de 58 millimètres.

19 *avril*. — *Abcès* de la paupière inférieure droite. — *Juillet* : avulsion d'une molaire cariée. — *Décembre* : plaie tranchante de la face dorsale de la main droite.

1890. *Juillet*. — Même traitement. — *Puberté*. — Le développement pileux est toujours nul. L'état des testicules, de la verge, etc., est le même.

1891. *Février*. — Lép... passe de la petite à la grande école.

Juillet. — Cet enfant est très turbulent, peu docile, gesticule, crie. Il est très gai, aime à participer à tous les jeux, malgré son infirmité. Il est assez propre dans sa tenue. Il ne connaît pas encore toutes ses lettres, ne trace que des bâtons, place bien les cartons de couleur, les figures géométriques et fait bien les petites constructions avec les briquettes. Ni tics, ni onanisme.

Puberté. — On sent le *testicule droit* au niveau de l'orifice inguinal externe. — Pas d'autre changement.

29 *octobre-4 novembre*. — *Gale* contractée dans une sortie.

Décembre. — La *parole* est libre. La mémoire est faible, un peu par suite d'inattention. Lép... s'exprime correctement. —

Aucun progrès pour l'écriture, la connaissance des lettres, des chiffres. Il sait le nom du jour et non du mois. Il connaît les couleurs, la forme des objets. Caractère irascible, parfois grossier, aime tout ce qui est bruyant. La conduite est souvent répréhensible ; malgré son infirmité on le trouve partout où se fait du tapage. — Nous avons essayé de le placer à l'atelier de couture sans résultat; il préfère le balayage des cours à l'atelier et à l'école.

1892. *Juillet.* — Pas de progrès à l'école. Lép... fait des pages de bâtons sans s'appliquer aucunement et répond en grimaçant avec grossièreté aux observations qu'on lui adresse. Il bavarde constamment en classe et se montre parfois rebelle aux ordres qu'il reçoit. Il est assez fanfaron et veut paraître ne rien craindre. Il connaît le nom des jours et des mois, mais non la date exacte. Il se tient assez proprement, est très actif, aime beaucoup travailler au balayage.

Puberté. — Le visage est toujours glabre, mais il y a quelques poils aux aisselles et un léger duvet sur le pénil. Le testicule gauche a le volume d'un œuf de merle, le droit est encore dans l'anneau. La verge mesure 5 cent. et demi de longueur et 6 cent. de circonférence.

Décembre. — Aucun progrès à l'école, c'est tout au plus si on est parvenu à lui apprendre à épeler.

1893. *Juin.* — La *physionomie* a une expression dure et vague, ce qui tient à ce que les yeux sont un peu saillants et ne fixent pas, mais se portent en dehors; d'où aussi, parfois, un regard qui semble égaré, étonné et parfois une expression d'effronterie. L'*activité* est assez grande, sauf pour les travaux scolaires, pour tout ce qui exige une attention intellectuelle soutenue. Il continue à déployer une activité physique plus grande que ne paraît le comporter son infirmité : il affectionne les travaux de ménage. — Il n'aime pas être soumis à la règle, pleure quand il ne peut faire ce qu'il veut, déchire ses vêtements. Sa tenue est moins bonne qu'autrefois. Il n'a pas l'esprit d'ordre. Il aime la société de ses camarades, participe à leurs jeux; s'émotionne aux matinées dramatiques. à l'audition de la musique, rit bruyamment.

La *parole* est toujours libre; le *langage* souvent grossier, l'*attention* distraite, le *raisonnement* médiocre, la *faculté de comparaison* imparfaite, la *mémoire* faible ainsi que l'*association des idées.* — Ses *connaissances scolaires* restent à peu près les mêmes.

1894. *Juin.* — Nul progrès en classe où il est difficile de le

maintenir, parce qu'il taquine en cachette ses camarades. Lorsqu'il est pris sur le fait, il rit sournoisement. Il est insensible aux punitions, aux reproches, à la bienveillance. — *Puberté.* — Même état. Toutefois la verge a grossi (89 mm. de longueur et 85 de circonférence). — Même *traitement.*

1895. Aucun changement sous le rapport physique et intellectuel.

1896. *Décembre.* — On a dû se décider à laisser Lép... en dehors de la classe. Il continue à s'occuper aux travaux du ménage, il affectionne particulièrement le nettoyage des bains.

La *santé physique* est généralement bonne. La *physionomie* s'est éclairée, l'expression du regard est vague, tantôt les yeux paraissent normaux, tantot au contraire, ils se portent en haut, comme s'il y avait momentanément du strabisme. La bouche reste toujours béante, la lèvre inférieure toujours renversée et très volumineuse, ce qui, avec l'écartement des oreilles lui donne une expression d'imbécillité.

L'*examen des yeux*, pratiqué par notre ami le Dr KOENIG, a donné les résultats suivants : les pupilles sont égales, réagissent bien. Il n'y a pas de lésion de l'œil, ni de rétrécissement du champ visuel. L'acuité visuelle est normale. Lép... reconnait le bleu et compare les autres couleurs ; quelquefois pourtant il arrive à les dénommer, mais il en perd aussitôt la notion quand on lui fait examiner plusieurs teintes.

A l'état de repos, les yeux occupent une situation naturelle, mais le malade fixe mal les objets qu'on lui présente. Lorsqu'on sollicite les mouvements, on constate un certain degré de rigidité qui fait que les globes oculaires ne suivent que très difficilement les mouvements du doigt. Ces mouvements ne s'exécutent que par saccades. Les mouvements de latéralité à gauche sont un peu limités. Les globes n'atteignent pas la commissure externe et on observe quelques secousses systagniformes. Quand on commande au malade de fermer les yeux il contracte violemment ses paupières qui se gonflent outre mesure, et on voit apparaître des mouvements fibrillaires sur la peau des paupières dans la région de l'orbiculaire.

État de la dentition. — Le *maxillaire supérieur* présente un certain degré d'atrésie déterminant un enfoncement

assez marqué de la voûte palatine, de forme légèrement ogivale. Le *maxillaire inférieur* est normal. Les *dents* sont régulièrement implantées. Elles ne présentent aucune anomalie de forme, de structure ou de volume. Elles apparaissent recouvertes de végétations et de mucosités verdâtres, dues à l'absence de soins. Beaucoup sont cariées profondément et plusieurs molaires ont été extraites. L'incisive latérale gauche a eu sa couronne détruite par la carie.

Les *membres supérieurs* et le *thorax* offrent toujours un développement normal et comparativement plus prononcés que le *ventre,* le *bassin* et les *membres inférieurs.* Au lit, flexion des cuisses sur le bassin, flexion des jambes sur les cuisses. Genoux accolés l'un contre l'autre ; le malade parvient cependant à les écarter lui-même, l'un de l'autre de 0,07 à 0,08 cent. ; l'écartement provoqué est de 0,25 à 0,30. Le malade dit que c'est la jambe et le bras gauches qui sont les plus forts. Il élève les pieds au-dessus du plan du lit en fléchissant légèrement la jambe, il ne paraît pas pouvoir les élever sans cette flexion préalable. La peau des condyles internes des fémurs est un peu épaissie et rouge par suite de l'accolement et du frottement des genoux. Les orteils des deux côtés, dans leur ensemble, se portent en dehors.

Lép... peut fléchir les cuisses presque à angle droit sur le bassin, il ne peut les étendre de façon à les appliquer sur le lit, le genou gauche reste à 0,07 centimètres, et le genou droit à 0,12 cent. au-dessus du plan du lit. La flexion des jambes est à peu près la même des deux côtés, et peut aller jusqu'à 55 degrés. Toutes les jointures sont raides des deux côtés à peu près au même degré, sauf celles des orteils, où la roideur est un peu moins prononcée. Les mouvements spontanés des orteils sont très limités ; c'est à peine si Lép... peut esquisser un mouvement de flexion ou d'extension.

Durant l'examen, il se produit parfois une *trépidation* qui est plus forte à droite. La flexion des orteils en masse détermine à droite une *trépidation épileptoïde* qui se manifeste assez vite, est assez prononcée, mais s'arrête au bout de quelques instants. A gauche, la même manœuvre ne parvient pas à provoquer la trépidation épileptoïde bien qu'on l'observe, spontanément, à un degré plus faible toutefois, que de l'autre côté. — Pas de changement des réflexes.

La *station debout* n'est possible que pendant quelques minutes ; le malade qui sent son équilibre instable cherche à s'accrocher aux objets environnants. Les *figures* 39, 40 et 41 donnent une idée si exacte de son attitude que nous ne la

décrirons pas de nouveau ; nous nous bornerons à dire que les *pieds* sont très plats, se portent fortement en dehors, exagérant en quelque sorte l'écartement des jambes. Le talon gauche ne porte pas sur le sol.



fig. 39

Dans la *marche* le tronc est incliné légèrement en avant, les cuisses et les jambes fortement fléchies, autant que dans l'attitude verticale, les genoux frottant l'un contre l'autre, l'épaule gauche étant plus basse que la droite. Les bras, en

se portant alternativement en arrière et en avant, lui servant en quelque sorte de balancier. — Les jambes ont l'*attitude en* V contrairement à d'autres cas de *paraplégie spasmodique* où les membres ont l'*attitude en* X. Le malade assure que la



fig. 40

marche ne le fatigue pas et on sait qu'il a pu aller *aisément* de la section jusqu'à la barrière (2 kilomètres environ). La station sur une seule jambe, le saut sont impossibles. La *course,* assez rapide, s'effectue lourdement, avec un balancement latéral du corps et en trainant les pieds principalement le gauche.

Puberté. — Très fin duvet sur les joues. La moustache, composée de poils blonds, fins, se dessine bien. Poils assez longs sur le bord du menton ; rien au-dessous. Entre le menton et les angles du maxillaire la peau est glabre. Petite mouche



fig. 41

à la lèvre inférieure. Plaques blanchâtres aux commissures labiales dues à ce que la bouche est toujours ouverte et que la salive s'écoule continuellement. Poils assez abondants sous les aisselles qui sont le siège d'une sécrétion sudorale assez abondante. Tronc glabre. Duvet très fin sur les membres

supérieurs, poils assez abondants sur les cuisses, peu abondants sur le pourtour des jambes. Poils noirs, abondants, frisés au niveau du pénil ; le rebord supérieur forme un V dont le sommet est dirigé vers la racine de la verge. Rien aux aînes. Poils assez nombreux au pourtour de l'anus. — La verge mesure 85 mm. de longueur et 90 mm. de circonférence. Le testicule gauche, descendu dans les bourses, a le volume d'un œuf de pigeon. Le droit, plus petit, est toujours arrêté dans l'anneau.

Les muscles réagissent très-bien sous l'influence du *courant électrique* (Pile de Chardin). — La *sensibilité électrique* est égale des deux côtés. Il en est de même de la *sensibilité* au toucher, à la douleur, à la *température* et pour la peau et pour les muqueuses (bouche, pharynx, nez, œil, oreille). Dans certaines explorations le malade prétend un peu mieux sentir le chaud et le froid sur la moitié antérieure gauche du corps. — La *sensibilité spéciale* (goût, odorat, audition) est conservée et il ne parait pas y avoir de différences appréciables entre les deux côtés. Les réponses parfois contradictoires du malade tiennent à son état intellectuel et peut-être à la façon dont les questions sont posées.

RÉFLEXIONS. — I. Sous le rapport de l'*hérédité*, nous devons relever, du côté paternel : grand-père *alcoolique*, grand' mère *hémiplégique*, oncle *apoplectique*, autre oncle *cancéreux* ; — du côté maternel, mère très nerveuse, *peurs* dans l'enfance, *hémiplégie* transitoire au cours d'une grossesse ; grand-père *excès de boisson* et *tuberculose* ; oncle *ivrogne* ; cousine germaine *hystérique* (?) ; trois petits cousins ou cousines et cinq frères ou sœurs morts de *convulsions*. Il ressort de cette énumération que l'*hérédité* est très chargée ; peut-être même l'est-elle davantage, car nous manquons de détails sur une partie de la famille.

II. Lep... est atteint d'*imbécillité* avec *paraplégie spasmodique*, dont l'origine paraît être congénitale. Nous allons donc relever ce qui a trait à l'imbécillité et à la paraplégie.

III. D'un an à 7 ans, Lép... offrait l'ensemble des symptômes qui caractérisent l'*idiotie*, même à un degré avancé : physionomie égarée, ne dénotant aucune intelligence; parole et marche nulles ; incapacité de s'aider en quoi que ce soit, gâtisme, etc. A la fin de cette période, la marche commence à devenir possible, la parole débute, le gâtisme diminue.

Depuis son entrée dans le service, à 10 ans et demi, jusqu'à la fin de 1896 (21 ans), il se produit une certaine amélioration. Nous n'avons pas obtenu de progrès scolaires bien frappants, par suite de sa répugnance pour tout ce qui exige une attention soutenue. Mais ses notions sur toutes les choses usuelles se sont étendues : « Autrefois, dit sa mère, sa conversation était décousue, maintenant quand il cause ses idées se suivent. » D'autre part, il a acquis une habileté assez grande pour tout ce qui n'exige qu'une activité physique. Il sait se déshabiller, s'habiller, nouer, lacer, faire sa toilette, etc. Sa tenue, d'habitude, est propre. A l'atelier de couture, il travaille médiocrement parce qu'il faut rester immobile. En revanche, il aime à balayer, nettoyer et apporte, en particulier, un soin méticuleux à concourir au nettoyage du service des bains. Il se conduit bien, n'est plus grossier, est affectueux envers les siens, ne décèle aucun instinct mauvais ni dans la section, ni dans ses sorties. En résumé, aujourd'hui, au point de vue clinique, on ne porterait plus le diagnostic : *idiotie*, mais le diagnostic : *imbécillité*, de sorte que devant le faire passer aux adultes, en raison de son âge, nous hésitons entre une des sections de l'Asile comme aliéné ou l'une des divisions de l'Hospice comme incurable.

IV. Si l'*accouchement* a été naturel et si l'on n'a pas noté d'asphyxie à la naissance, par contre la grossesse a été accidentée par une perte sanguine sérieuse qui a été rattachée à l'expulsion d'un germe (?). On ne

saurait dire si dès les premiers jours de l'existence, comme cela existait chez une petite fille de la Fondation Vallée, Glay., les membres inférieurs étaient contracturés, mais ils l'étaient certainement à 11 mois et de 2 ans et demi à 6 ans, la contracture s'accompagnait de douleurs qui rendaient très pénibles les tentatives faites pour apprendre au malade à marcher.

Ce qui frappe tout d'abord c'est l'*arrêt de développement* relatif des membres inférieurs et de la moitié correspondante du tronc par rapport à la poitrine et aux membres supérieurs qui sont bien développés; puis l'*attitude générale* du tronc, penché en avant et celle des membres inférieurs: flexion des cuisses en *adduction* très prononcée sur le bassin; flexion des jambes en *abduction* forcée, sur les cuisses; déformation des pieds dont la pointe est exagérément portée en dehors. Cette attitude des jambes en V renversé (Λ) est à mettre en parallèle avec un groupe d'autres cas de paralysies spasmodiques dans lequel l'attitude des *membres inférieurs contracturés* est comparable à un X.

La *contracture* l'emporte en intensité sur la *paralysie*, qui n'intéresse pas les sphincters. Les *réflexes* sont conservés, presque égaux des deux côtés. La *trépidation épileptoïde*, spontanée ou provoquée par l'extension du pied, prédomine à droite. Au dire du malade c'est le membre inférieur droit qui serait le plus atteint. C'est ce que confirme sa mère et notre propre examen.

La *station debout*, sans appui, ne peut se prolonger au-delà de quelques minutes. La plante du pied droit repose à peu près complètement sur le sol, tandis qu'à gauche l'arrière-pied est soulevé. — La *marche* s'effectue sans fatigue, et sans aucun soutien Le *saut* est impossible. — La *course*, au contraire, s'opère en quelque sorte avec plus de solidité et sans aide et le malade l'exécute avec une certaine rapidité.

V. Pendant les dix années de la présence de Lép... dans le service, nous avons suivi son *développement physique* avec une certaine régularité. Le *poids* et la *taille* sont allés croissant parallèlement et progressivement comme le montre le tableau ci-après. Comparée chaque année à la taille moyenne normale de son âge, elle a toujours été inférieure. L'attitude particulière du malade rend compte, en partie, de cette infériorité.

L'étude de la *force musculaire* à l'aide du dynamomètre ne nous fournit pas de notions bien précises. D'une façon générale, il semble que le côté droit est plus fort que le gauche. Cette conclusion d'ailleurs est sujette à critique, car en dépit des explorations dynamométriques, le malade prétend, lui, que c'est son côté gauche qui est le plus fort (p. 245).

La *tête*, dont les mensurations ont été prises une ou deux fois par an depuis 1887, a augmenté dans toutes ses dimensions ; seule la hauteur médiane du front n'a pas subi de modification (p. 246).

Les *membres supérieurs*, égaux, ont continué à se développer en grosseur et en longueur et dans les mêmes proportions. — Le *membre inférieur droit* aurait été un peu arrêté dans son évolution d'après les mensurations de 1889 et de 1891, mais en 1892 et en 1896, nous les trouvons égaux comme en 1887 (p. 247).

Ces diverses mensurations, qui ne sont pas toujours faites semestriellement comme nous le désirerions, n'ont de valeur que dans leur ensemble. Il y a, en effet, de temps en temps des chiffres contradictoires. Cela tient à ce que ce n'est pas toujours la même personne qui prend les mensurations — nos internes changeant tous les ans — et aussi à ce que, pour la

Tableau du Poids et de la Taille.

	1886		1887		1888		1889		1890		1891	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids		23 k. 60	23 k. 50	24 k. 30	25 k. 50	25 k. 80	28 k. 50	29 k.	30 k. 50	30 k.	30 k.	30 k.
Taille		1m 21	1m 21	1m 21	1m 23	1m 25	1m 26	1m 29	1m 29	1m 30	1m 33	1m 34

	1892		1893		1894		1895		1896		1897	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Poids	34 k.	41 k. 10	44 k.	49 k.	49 k. 10	49 k.	49 k. 30	49 k. 20	51 k. 30	51 k. 80	52 k.	
Taille	1m 37	1m 40	1m 41	1m 46	1m 46	1m 46	1m 46	1m 49	1m 50	1m 50	1m 50	

Tableau dynamométrique

		1887		1888		1889		1890		1891		1892	
		Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Dynamomètre...........	D		15	19	24	25	24	26	28	31	31	30	30
	G		17	18	25	21	19	18	19	26	26	25	25

		1893		1894		1895		1896		1897	
		Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Dynamomètre...........	D	30	30	30	30	30	21	32	26	18	
	G	28	28	30	38	30	27	32	24	19	

Tableau des mensurations de la tête.

MESURES DE LA TÊTE.	1887	1889	1891	1892	1893	1894	1895		1896		1897	
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.
Circonférence horizontale maxima	50	51	52	52	52	52.5	53	53	53	54	53	
Demi-circonf. bi-auriculaire	35	35	36	36	36	36	36	36	37	37	37	
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	31.5	35	36	35.5	35	35	38	38	38	38	37	
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.7	17	16.7	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	18	18.5	
Diamètre bi-auriculaire	11	12	13	13	13	13	13.5	13.5	13.6	14	14	
— bi-pariétal	14.5	14.7	14.5	14.5	14.5	17.5	14.5	14.5	14.5	15	15	
— bi-temporal	12	12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	
Hauteur médiane du front	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	

Membres supérieurs.

	1887 Juillet.		1889 Janvier.		1891 Juillet.		1892 Janvier.		1896 Décembre.	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle........	20	20	19	20	22	22	27	27	27.5	28
Circonf. à 0m 05 au-dessus de l'olécrâne....	19	19	19	18.5	19	18	24	24	25	25
— à 0m 05 au-dessous de —	17	17	17	17.5	21	20	25	25	25.5	25
— au niveau du poignet..............	15	15	15	15	15	15	17	17	17.5	17.5
— — du métacarpe...........	18.5	18.5	19.5	19.5	19	18	22	22	22	22.5
Distance de l'acromion à l'olécrâne..........	24	24	29	28	26	26	36	36	36	36
Dist. de l'olecrâne à l'apoph. styl. du cubitus	21	21	19.5	21	23	22	25	25	25.5	25.5
— du cubitus à l'extrémité du radius.....	16	19	18	16	20	18	22	22	22	22
Membres inférieurs.										
Circonférence au niveau de l'aine...........	38	38	34.5	36	35	36	46	46	45	45
— à 0m 05 au-dessus de la rotule.	28	27.5	27.5	30	26	27	36	36	35	35
— à 0m 05 au-dessous de —	24	23.5	24	23.5	25.5	25.5	30	30	30	30
— au niveau du cou de pied...	17	17	17	17	20	21	21	21	21.5	21.5
— à la partie moyenne du pied..	19	19	19.5	20	22	22	23	23	23	23
Dist. de l'épine illiaque antéro-supérieure à l'interligne art. du genou................	30	30	35	35	34	35	48	48	48	48
Dist. de l'interligne à la malléole externe...	31	31	31	30.5	30.4	32	38	38	38.5	38.5
— de la malléole externe à l'extrémité du médius..............................	17	17	16.5	17.5	18	18	22	22	22	22
Pied { Longueur........................										
Pied { Largeur..........................										

tête, les cheveux sont plus ou moins longs, et, pour les membres, parce qu'il peut survenir un amaigrissement occasionné par une maladie intercurrente, sans compter les attitudes anormales semblables à celle de Lép... (1)

La *puberté* s'est développée avec lenteur. Ce n'est qu'à 17 ans qu'a commencé l'apparition de quelques poils aux aisselles et au pénil. Les testicules n'étaient pas descendus à l'entrée (*anorchydie* à 11 ans); le gauche est descendu seulement à 14 ans et le droit est encore arrêté à l'anneau (22 ans). Le testicule gauche est d'ailleurs peu volumineux (2). Le système pileux est maintenant assez bien fourni. En résumé, en plus de la *cryptorchydie* incomplète droite qui persiste, il y a eu un arrêt de développement de la puberté.

VI. Les observations concernant les *maladies nerveuses chroniques des enfants,* ou remontant à l'enfance, sont souvent incomplètes. Les médecins qui les publient n'ont, en général, étudié qu'une période de la maladie. Les accoucheurs, — pour les *paraplégies* ou les *diplégies spasmodiques,* — les médecins des hôpitaux consacrés aux maladies aiguës de l'enfance — pour les *hémiplégies*, l'*idiotie*, la *méningite*, etc. — voient les cas au début. Les médecins des services affectés aux enfants nerveux et idiots, puis les médecins des services d'aliénés adultes ou les médecins des hospices les observent les uns *avant,* les autres *après* la période de croissance. Et ces derniers sont obligés de s'en fier aux souvenirs soit de la famille, soit sim-

(1) Pour bien des raisons un service, comme le nôtre, aurait besoin d'un *assistant* qui serait nommé pour 4 ou 5 ans. Nos internes quittent le service alors qu'ils en comprennent bien les nécessités et le fonctionnement. Et tous les ans nous recommençons un apprentissage de 5 ou 6 mois!

(2) La descente tardive des testicules peut être l'occasion d'accidents douloureux qui méritent d'attirer l'attention. Notre maître, Delasiauve, a publié dans la *Revue médicale* de mars 1840 une note très intéressante sur cette question, intitulée : *Descente tardive du testicule gauche prise pour une hernie étranglée, etc.*



plement des malades. De là des lacunes regrettables, des conclusions contradictoires. Tous les enfants devraient avoir leur *livret de famille*: si cela est difficile en ville, cela est possible dans les hôpitaux par l'établissement de *fiches*, sur lesquelles chaque entrée dans un établissement hospitalier serait inscrite, avec le diagnostic et le nom du médecin. En s'adressant aux médecins — qui, eux, devraient prendre ou faire prendre exactement l'observation de tous leurs malades — et qui devraient encourager ceux-ci, en cas de besoin, à revenir dans leurs services, ou arriverait souvent à reconstituer plus rigoureusement qu'aujourd'hui l'*histoire scientifique* des malades au grand bénéfice de la science (1).

(1) Ce n'est pas le moment de donner des indications bibliographiques complètes sur les paralysies de l'enfance, nous rappellerons cependant à nos lecteurs les leçons publiées par notre ami le professeur F. Raymond dans le *Progrès médical* sur les *Affections spasmo-paralytiques infantiles* (1894, n°s 2, 4 et 6).



Thèses faites dans le service.

1881.

RIDEL SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1891.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

—

NOIR. (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

1892.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

—

GRILLAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.

—

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

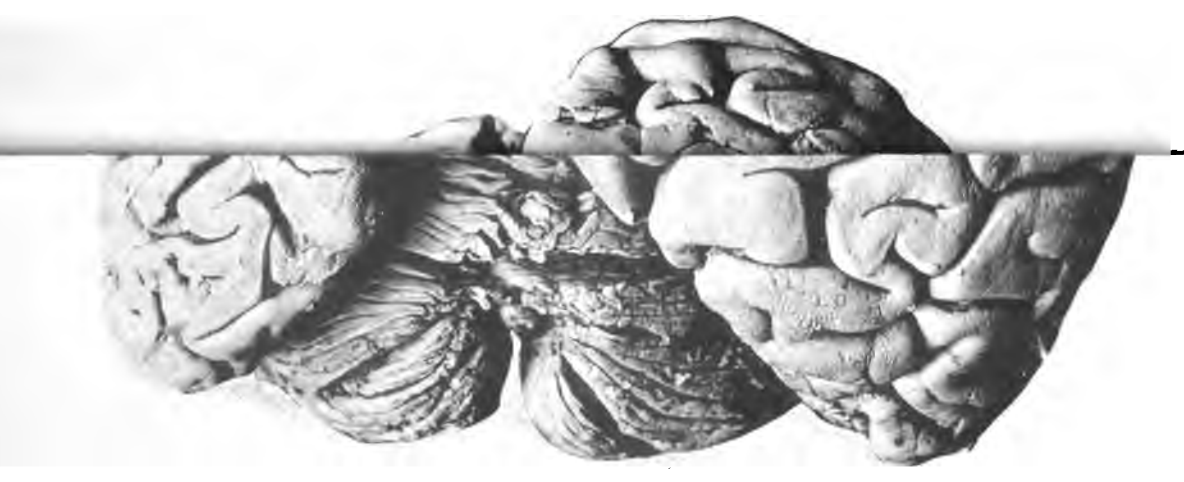
EXPLICATION DES PLANCHES.

PLANCHE I.

Sclérose cérébrale hémisphérique.

Face convexe de l'encéphale (p. 97).

Cette planche montre à quel degré est prononcée l'atrophie de l'hémisphère cérébral gauche.



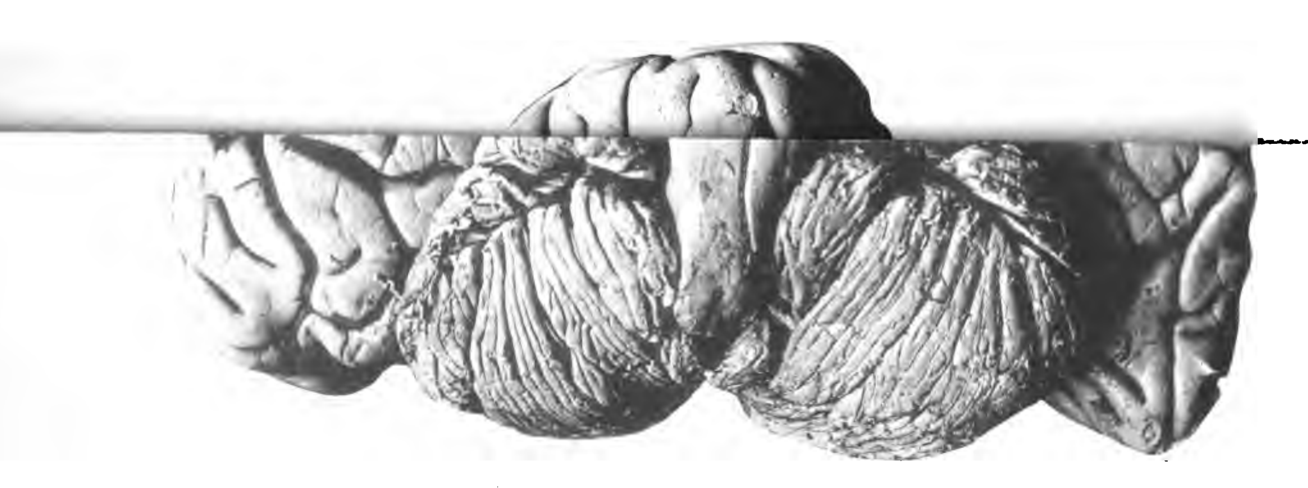
Héliotypie H. RACLE, Paris.

PLANCHE II.

Sclérose cérébrale hémisphérique.

Face inférieure de l'encéphale (p. 97).

Même remarque. — Sur cette planche on se rend compte, en outre, de l'atrophie du pédoncule cérébral gauche, P, de la moitié gauche de la protubérance, Pr., de la pyramide antérieure du même côté, Pi et de l'hémisphère cérébelleux droit.



Héliotypie H. RACLE, Paris.

PLANCHE III.

Sclérose cérébrale hémisphérique.

Fig. 1. — Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^2, F^3, seconde et troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
S.R., sillon de Rolando.
P.A., pariétale ascendante.
P.P.I., pli pariétal inférieur.
T^1, première temporale.
L.O., lobe occipital.

Fig. 2. — Face interne du même hémisphère.

C.C., corps calleux.
C.C.C., circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
L.P., lobe paracentral.
L.Q., lobe quadrilatère.
L.O., lobe occipital.



Fig. 1

PL. III

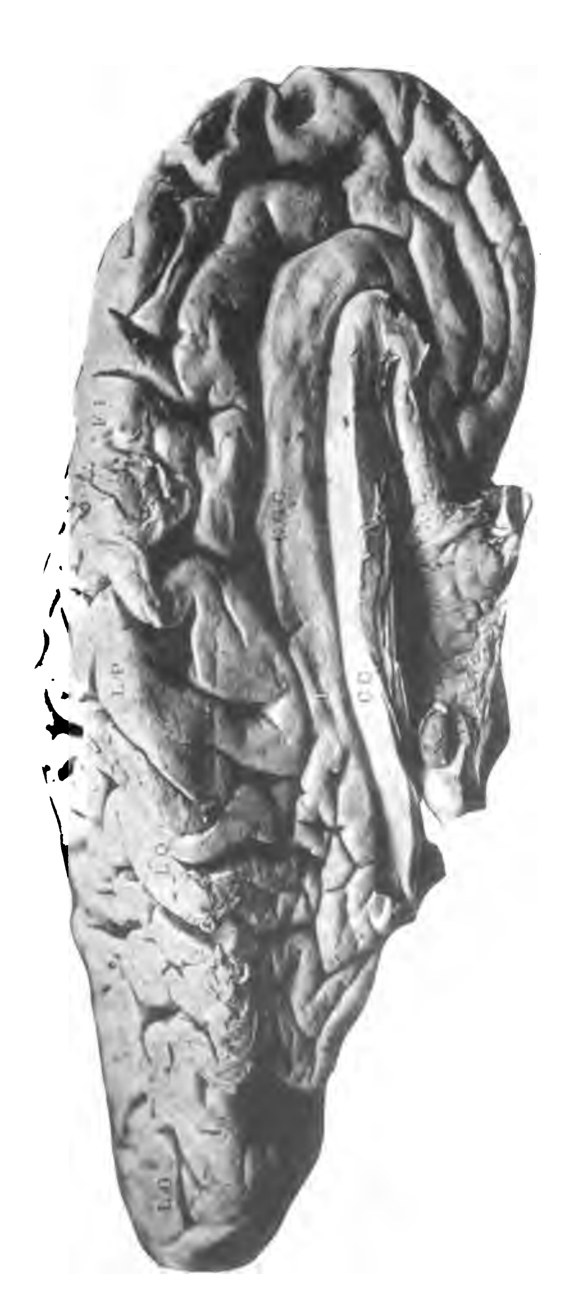


Fig. 2

Héliotypie H. RA'LE, Paris.

PLANCHE IV.

Pseudo-porencéphalie.

Hémisphère cérébral gauche (p. 106).

F^2, F^3, seconde et troisième circonvolutions frontales.
F.A., frontale ascendante.
S.R., sillon de Rolando.
P.A., pariétale ascendante.
P.I., pli pariétal inférieur.
T^1, T^2, T^3, première, seconde et troisième circonvolutions temporales.
L.O., lobe occipital.

Le *foyer* a détruit la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, le lobule de l'insula et l'extrémité antérieure du lobe temporal.


LO
T3
T2
T1
PI
PA
SR
FA
F3
F3

PLANCHE V.

Méningo-encéphalite.

Face interne de l'hémisphère droit (p. 126).

F^1, première circonvolution frontale.
C.C.C., circonvolution du corps calleux.
L.P., lobe paracentral.
L.Q., lobe quadrilatère.
L.O., lobe occipital.
C.H., circonvolution de l'hippocampe.

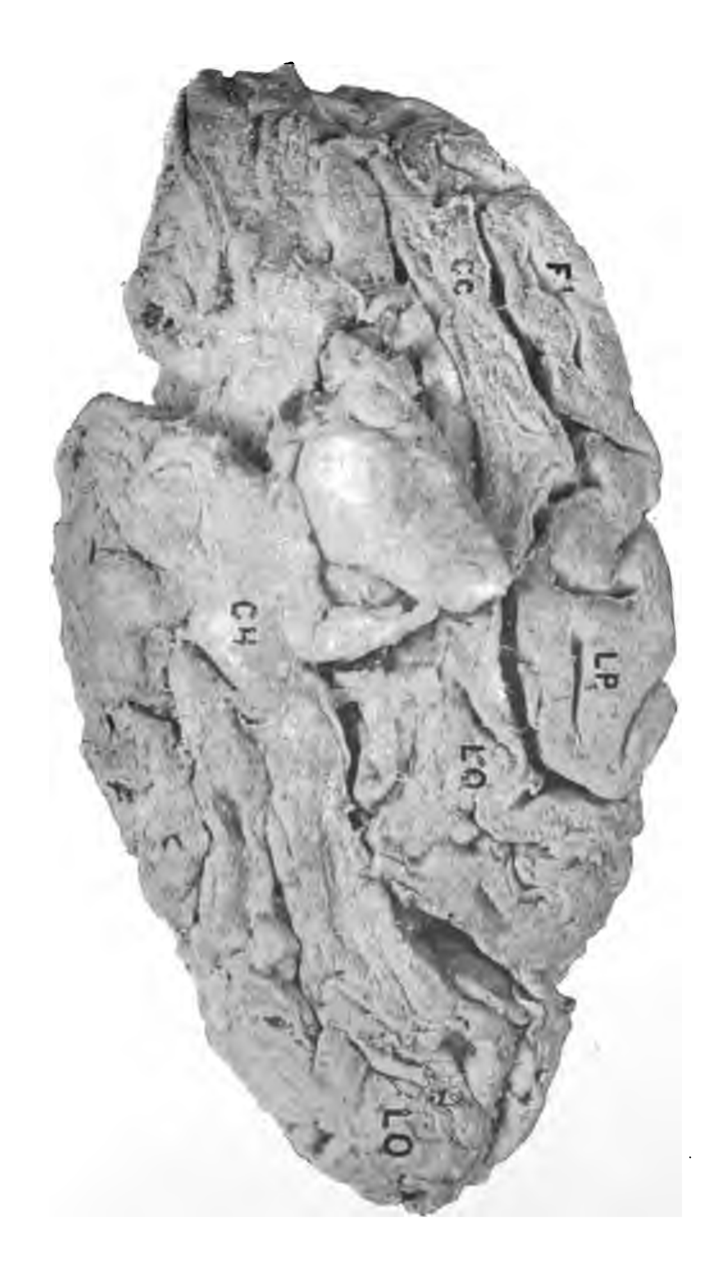

CC
F1
CH
LP
LO
LO

PLANCHE VI.

Méningo-encéphalite.

Face convexe de l'hémisphère gauche (p. 127).

F^1, F^2, F^3, première, seconde et troisième circonvolutions frontales.

F.A., frontale ascendante.

P.A., pariétale ascendante.

P.S., pli pariétal supérieur.

P.I., pli pariétal inférieur.

L.O., lobe occipital.


F3
F2
F1
FA
PA
PI
LO

PLANCHE VII.

Méningo-encèphalite et atrophie cérébrale.

Face convexe de l'hémisphère cérébral droit (p. 215)

Sclérose atrophique très notable des circonvolutions, entre autres des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius, d'où il suit que le lobule de l'insula est à découvert. — Lésions de *méningo-encéphalite.*



PLANCHE VIII.

Méningo-encéphalite.

Face convexe de l'hémisphère cérébral gauche (p. 215).

Les lésions sont très étendues mais superficielles.



PLANCHE IX.

Bâtiment neuf de la Fondation Vallée.
(Voir p. LXV).

Plan du rez-de-chaussée.

1 Vestibule des classes.
2, 3, 4 Cellules ou plutôt chambres d'isolement pour les épileptiques.
5, 6, 7, 8, 9 Classes.
10 Cabinets d'aisances.
11 Dépôt.
12 Grand vestibule.
13 Cabinets d'aisances.
14 Réfectoire.
15 Bureau.
16 Lavabos.
17 Escalier.
18 Office?

Plan du 1er étage.

1 Dortoir.
2 Cabinets d'aisances.
3 Dépôt.
4 —
5 Cabinets d'aisances.
6 Vestibule du dortoir et lavabos.
7 Grand vestibule.
8 Vestibule du dortoir et lavabos.
9 Dortoir.
10 Chambre de l'infirmière.
11 Lavabos.
12 Escalier.
13 Lavabos.
14 Chambre de l'infirmière.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1896.

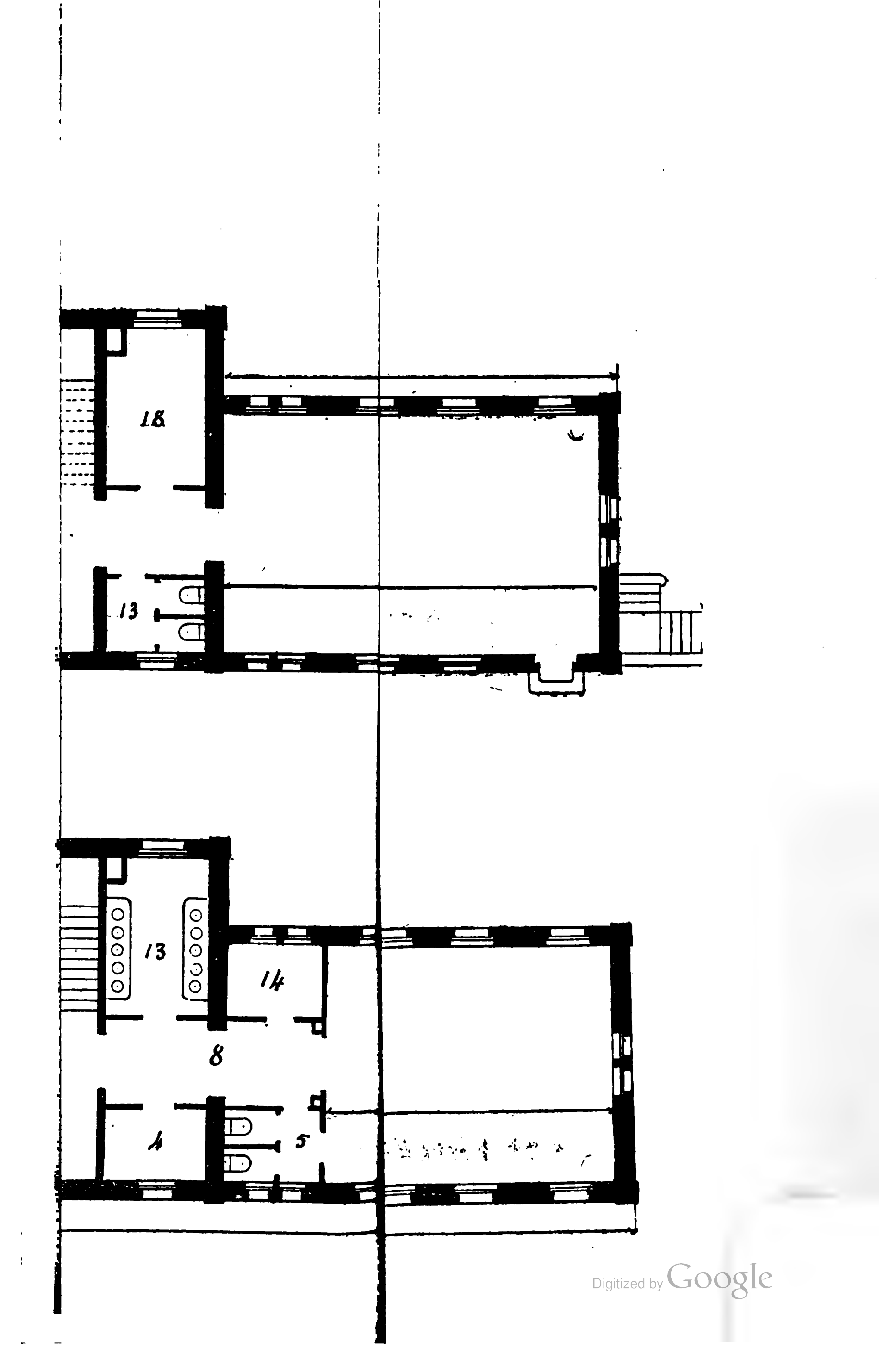
SECTION I : **Bicêtre.**

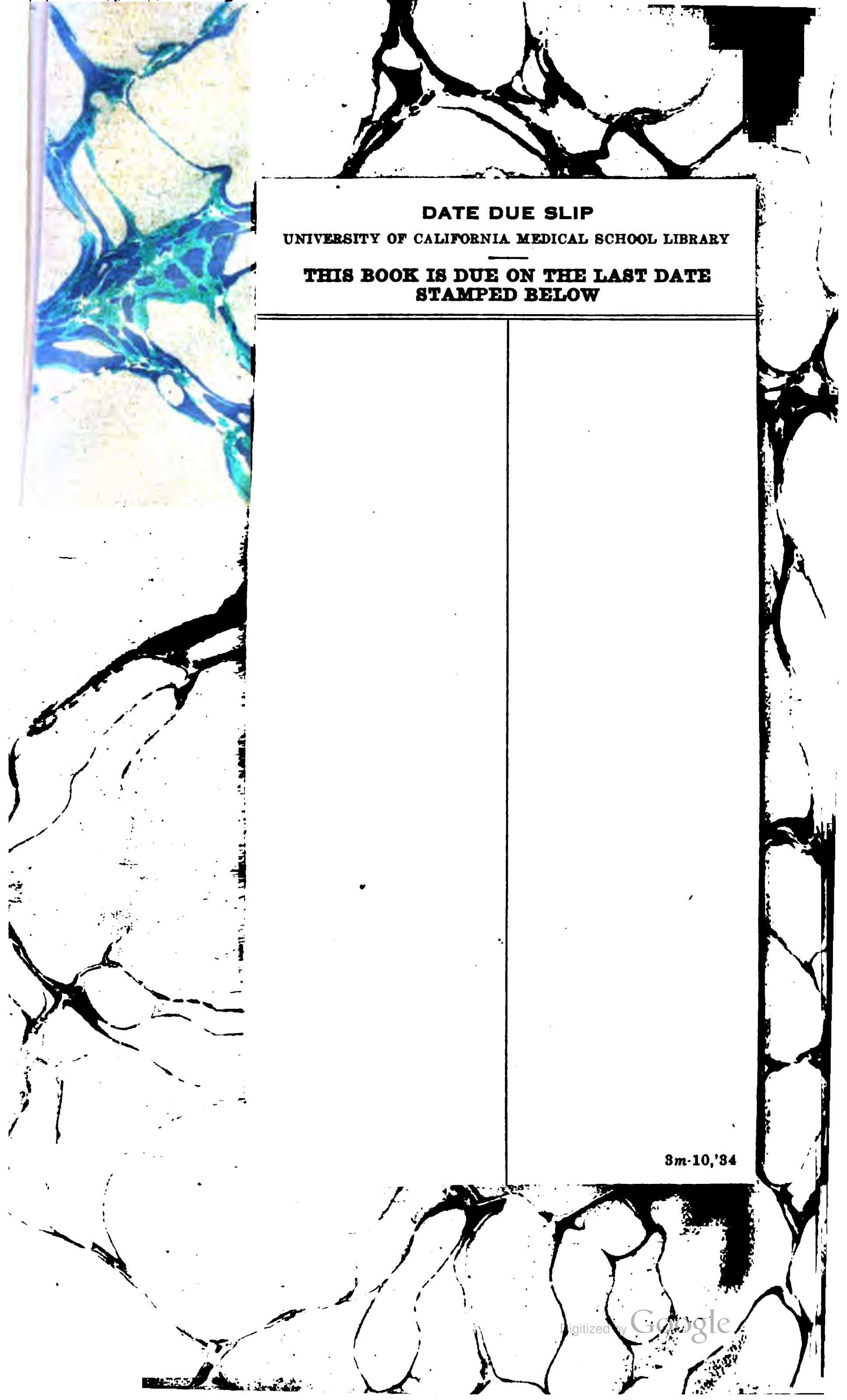
SECTION II : **Fondation Vallée.**

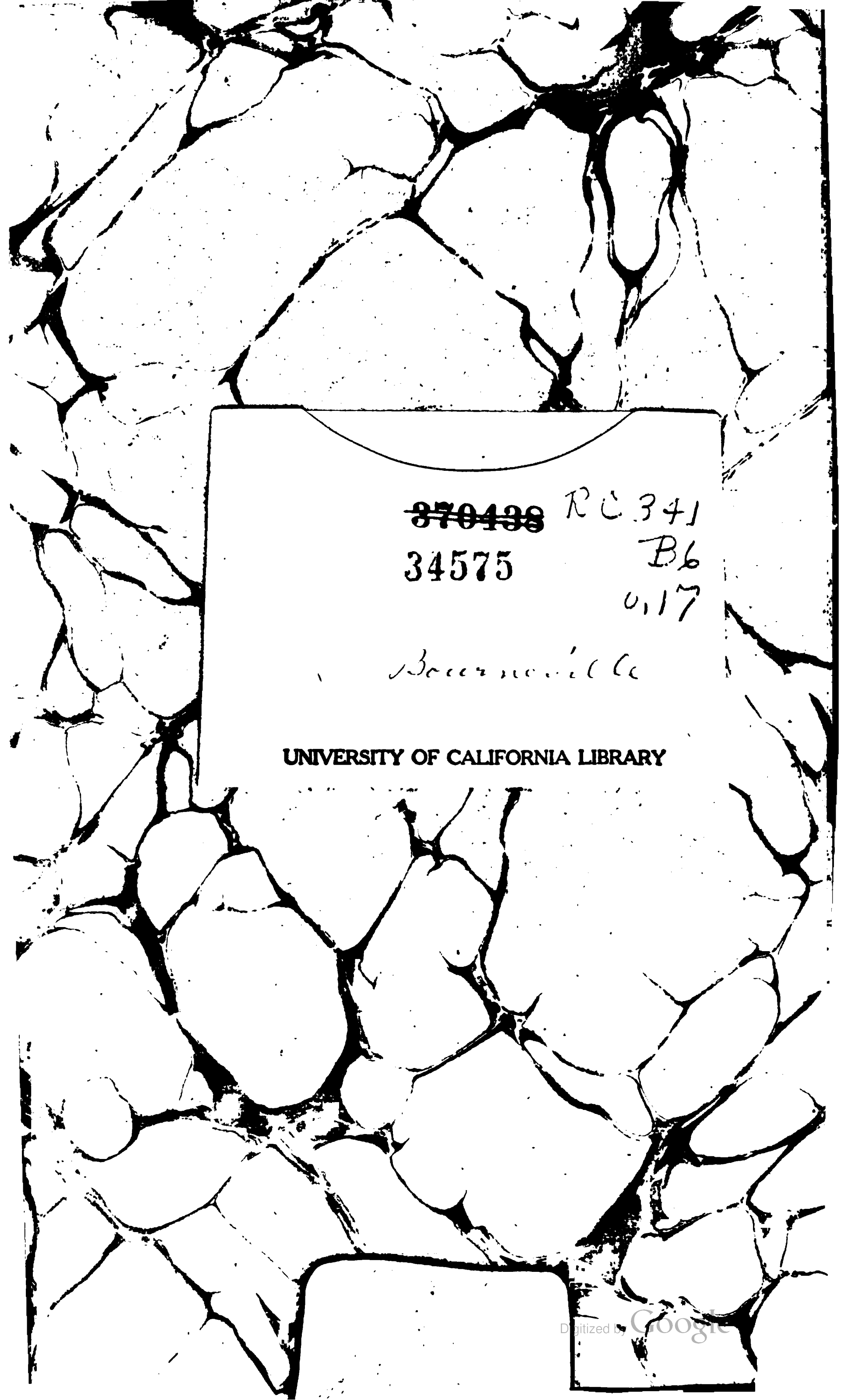
DEUXIÈME PARTIE

Clinique, thérapeutique et anatomie pathologique.

N° 33. — Imp. des Enfants de Bicêtre. (600 ex. in-8° car.)


18
13
13
14
8
4
5




~~370438~~
34575
RC341
B6
v.17
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY
Digitized by Google

